



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 N°...

**LA DEPRESSION DE LA PERSONNE AGEE : PERCEPTION ET PRISE EN
CHARGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE L'OUEST LYONNAIS**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **17 MARS 2016**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Christelle AUDIGIER

Née le 1^{er} mars 1987 à Lyon 3 (69)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 N°...

**LA DEPRESSION DE LA PERSONNE AGEE : PERCEPTION ET PRISE EN
CHARGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE L'OUEST LYONNAIS**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **17 MARS 2016**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Christelle AUDIGIER

Née le 1^{er} mars 1987 à Lyon 3 (69)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président	François-Noël GILLY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
Directeur Général des Services	Alain HELLEU

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale
Claris	Olivier	Pédiatrie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale

Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénérologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie

Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Baverel	Gabriel	Physiologie
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie

Gharib	Claude	Physiologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah clinique ;	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire

Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Figon	Sophie

Remerciements

Au Président du jury :

Monsieur le Professeur D'Amato

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce travail. Je vous prie de bien vouloir recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon plus profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Dubois

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de toute l'attention que vous portez à la formation des futurs médecins généralistes et vous présente toute ma gratitude.

Madame le Professeur Leger-Falandry

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je suis honorée de vous présenter mon travail et vous présente toute ma reconnaissance et mon respect.

Monsieur le Docteur Gilles Albrand

Je vous remercie de m'avoir fait découvrir la gériatrie et d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour vos encouragements, vos conseils avisés et votre grande disponibilité.

Aux participants de l'étude :

Merci à l'ensemble des participants à cette étude qui ont pris le temps de répondre à cette enquête et qui participent à la formation de leurs collègues.

A mes formateurs

Je souhaite remercier l'ensemble de mes professeurs, docteurs, et internes pour m'avoir guidée et appris mon métier, en particulier Dr Figon pour m'avoir transmis l'amour de la médecine générale, l'équipe du service A1 avec qui j'ai découvert la gériatrie et la médecine humaine, Dr Tardy pour son humour et sa gentillesse, ainsi que tous les patients pour qui je donne le meilleur de moi-même.

A mes familles

Je vous remercie de votre présence à mes côtés et pour tout votre amour. Je remercie mon père pour son soutien et ses conseils toujours justes, ma mère pour son exigence bienveillante, tous les Jacqueroud pour leurs encouragements et leur humour sans faille. Merci Amandine de m'avoir toujours supportée, I love you sister, but I'm still planning on being annoying ! Merci à la longue liste de tous ceux que je porte dans mon cœur et qui ont toujours été là.

A Laurent

Tu me soutiens et me fait toujours rire de mes inquiétudes. Merci pour nous. Je t'aime.

A tous mes ami(e)s

Un grand merci d'avoir été et d'être encore là dans les bons comme dans les mauvais moments. En espérant rigoler encore longtemps quel que soit notre âge !

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou
leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les
lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite
ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne
provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes
compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois
couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Table des matières

1. ABREVIATIONS	1
2. INTRODUCTION.....	3
3. LE CONTEXTE.....	4
3.1. La dépression dans l’Histoire.....	4
3.2. Recommandations actuelles pour la prise en charge de la dépression chez la PA.....	5
3.2.1. Dépistage et diagnostic	5
3.2.2. Étiologies et diagnostics différentiels.....	6
3.2.3. Facteurs de gravité	8
3.2.4. Traitements	9
4. METHODE	12
4.1. Choix de la méthode qualitative	12
4.2. Choix des entretiens semi-dirigés	12
4.3. Recherche bibliographique	12
4.4. Création du questionnaire.....	13
4.4.1. Création initiale	13
4.4.2. Test et amélioration du questionnaire.....	14
4.5. Prise de contact et entretiens	15
4.6. Choix de la démographie.....	15
4.6.1. Définition de la zone géographique de travail	15
4.6.2. Caractéristiques et données démographiques	16
4.6.3. Définition du corpus.....	16
4.7. L’analyse	18
4.7.1. Données chiffrées.....	18
4.7.2. Méthode de retranscription.....	18
4.7.3. Méthode d’analyse des éléments du discours.....	18
5. RESULTATS	20
5.1. Constitution du Corpus.....	20
5.1.1. Caractéristiques des contacts et nombres de réponses	20
5.1.2. Difficultés, refus et motifs	21
5.1. Entretiens	21
5.1.1. Caractéristiques des répondeurs.....	22
5.1.2. Synthèse des caractéristiques des répondeurs.....	29
5.2. Analyse des verbatim	30
5.2.1. Définition d’une personne âgée	30
5.2.2. Définition de la dépression.....	34

5.2.3.	Le repérage.....	39
5.2.4.	Le diagnostic de la DPA	46
5.2.5.	Utilisation d’outils spécifiques	51
5.2.6.	Pathologies pourvoyeuses de DPA.....	58
5.2.7.	La société et l’environnement de vie : pourvoyeurs de DPA	67
5.2.8.	Gravité de la DPA.....	71
5.2.9.	Le suicide chez les PA perçu par les MG.....	77
5.2.10.	Le discours de mort de la PA perçu par le MG	85
5.2.11.	Modalité de la prise en charge thérapeutique : le suivi du traitement antidépresseur	92
5.2.12.	Modalité de prise en charge thérapeutique : la réadaptation du traitement antidépresseur.....	97
5.2.13.	Modalité de la prise en charge thérapeutique : arrêt du traitement antidépresseur	100
5.2.14.	Quels traitements pour la DPA.....	105
5.2.15.	Orientation vers une prise en charge psychiatrique	118
5.2.16.	Les motifs d’hospitalisation.....	122
5.2.17.	Particularités de la DPA	129
5.2.18.	La DPA en médecine générale.....	137
5.2.19.	La Formation des MG sur la DPA.....	144
5.2.20.	Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste.....	151
5.2.21.	Les propositions pour l’amélioration de la prise en charge	167
6.	DISCUSSION	174
6.1.	Définition et perception de la DPA.....	174
6.2.	Discours de mort et suicide	175
6.3.	Repérage.....	177
6.4.	Traitement.....	178
6.5.	Les rapports avec le réseau psychiatrique	180
6.6.	Prise en charge socio familiale	181
6.7.	Points d’amélioration et formation.....	183
6.8.	Critique de notre travail	183
7.	CONCLUSION	185
8.	BIBLIOGRAPHIE	187
9.	ANNEXES	192
10.	VERBATIM	203
10.1.	Entretien 1.....	203
10.2.	Entretien 2.....	207
10.3.	Entretien 3.....	210

10.4.	Entretien 4	215
10.5.	Entretien 5	219
10.6.	Entretien 6	221
10.7.	Entretien 7	229
10.8.	Entretien 8	232
10.9.	Entretien 9	237
10.10.	Entretien 10	240
10.11.	Entretien 11	246
10.12.	Entretien 12	254
10.13.	Entretien 13	256
10.14.	Entretien 14	259
10.15.	Entretien 15	265
10.16.	Entretien 16	269
10.17.	Entretien 17	272

1. ABREVIATIONS

DPA	Dépression de la personne âgée
PA	Personne âgée
MG	Médecin généraliste
DSM	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
APA	American Psychiatric Association
HAS	Haute Autorité de Santé
CIM	Classification internationale des maladies
CNEG	Collège national des enseignants en gériatrie
GDS	Geriatric depression scale
HDRS	Hamilton depression rating scale
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
IMAO-A	Inhibiteurs de la monoamine oxydase type A
IRS Na	Inhibiteur non sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
MeSH	Medical Subject Headings
Cismef	Catalogage et l'Indexation des Sites Médicaux de langue Française
MSU	Maître de stage universitaire
EPCI	Etablissements Publics de Coopération Intercommunales
CC	Communauté des Communes
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
CepiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CMP	Centre médicopsychologique
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ARS Agence Régionale de Santé
CNQSP Collège National de Coordination des Soins en Psychiatrie
INPES Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

2. INTRODUCTION

Entre 2005 et 2010 : 7.8% personnes de la population générale ambulatoire ont présenté un épisode dépressif réel. La dépression est le premier motif d'entrée en affection longue durée 23 (1). Les personnes de plus de 65 ans représentent 21,1% de la population générale, et ce chiffre est croissant. Plus de 20% présentent des troubles psychiques. 11.3% sont atteintes de dépression et 14. 2% présente un risque suicidaire (2).

L'ampleur de ces données tend à indiquer que la dépression de la personne âgée (DPA) est un problème de santé publique qui a justifié des rapports et autres expertises au niveau national (3–5). L'organisation sanitaire française place le médecin généraliste (MG) au cœur de la prise en charge des sujets âgés, étant obligatoirement confrontés à cette problématique. La souffrance psychique de la personne âgée (PA) est un sujet récurrent, il peut être caché par les patients ou leur entourage, et également parfois être nié par les patients, leur entourage et même le secteur sanitaire (ou personnels soignants). Ceci constitue possiblement des freins au diagnostic et à la prise en charge optimale.

De manière générale, une personne âgée est plus vulnérable, plus fragile et plus exposée à la conscience de son propre décès. Cette fragilité n'est pas obligatoirement source de DPA comme le montre les statistiques. Il est donc inadapté d'attribuer la souffrance psychique au vieillissement tout comme « *Il ne faut pas attribuer à la vieillesse tous les défauts des vieillards.* » (Alphonse Karr)

Lors d'un stage d'internat en court séjour gériatrique j'ai été surprise par l'hétérogénéité des prises en charge ambulatoire, tant sur le plan du diagnostic, du suivi, que des traitements. Au cours de ce stage, on se confronte aussi au discours de mort des PA. Cela nous a conduit à nous poser les questions suivantes : comment le médecin généraliste perçoit-il la personne âgée, comment aborde-t-il le diagnostic de dépression ? Comment la prend-il en charge ? Quels réseaux d'aide à la prise en charge a-t-il à sa disposition ?

Nous avons mené une enquête à l'aide d'entretiens semi-dirigés en cabinet de médecine générale afin de mieux répondre à ces interrogations et de mieux comprendre la perception de la DPA et les problématiques de la prise en charge de la DPA par les spécialistes de médecine générale.

3. LE CONTEXTE

3.1. La dépression dans l'Histoire

La dépression est un terme pouvant décrire des conditions climatiques, économiques, physiques ou géographiques. Elle désigne aussi, selon le dictionnaire Larousse, un état pathologique marqué par une tristesse avec une douleur morale, une perte d'estime de soi, un ralentissement psychomoteur (6).

L'origine de ce terme médical prend ses racines dans l'Antiquité. La dépression fut d'abord appelée mélancolie par Hippocrate et attribuée à la bile noire. Puis, entre le III^{ème} et IV^{ème} siècle, elle est nommée acédie et traitée comme le péché de paresse. La mélancolie (re-)devient une maladie au XV^{ème} siècle mais reste une maladie exceptionnelle. Le XIX^{ème} est le siècle du début de la psychiatrie et l'on retrouve des thèses différentes concernant la dépression. Ainsi, pour Esquirol la dépression est une monomanie alors que pour Freud elle est une névrose qu'il appelle neurasthénie. Elle semble une maladie de plus en plus répandue, si bien qu'elle est désignée comme « le mal du siècle » par Musset et le romantisme français. L'histoire de la dépression prend de l'essor au XX^{ème} siècle avec la psychiatrie moderne. Le DSM créé par l'APA en affine la définition, notamment par la différenciation de la dépression endogène et névrotique. On voit aussi apparaître les premiers traitements par électrochocs et antidépresseurs. La médecine générale se voit confrontée à ces patients et les prises en charge progressent jusqu'à aujourd'hui (7). Au cours du XXI^{ème} siècle, la poussée démographique de la population âgée voit apparaître la nouvelle problématique de la prise en charge des PA dépressives, qui sera le thème de notre travail.

L'objectif de ce travail est de comprendre comment les médecins généralistes de l'ouest Lyonnais perçoivent et prennent en charge la dépression chez les personnes âgées. Dans ce but, il est intéressant d'étudier les recommandations actuelles de la prise en charge de cette pathologie.

3.2. Recommandations actuelles pour la prise en charge de la dépression chez la PA

3.2.1. Dépistage et diagnostic

La HAS a mis en place un programme pilote entre 2006 et 2013 afin d'améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé (plan PsychoSA) (4). Le but était de réduire leur prescription et d'améliorer la prise en charge des situations cliniques à l'origine de celle-ci, notamment la dépression. En lien avec ce projet, l'HAS a publié un arbre décisionnel d'aide à la prise en charge de la DPA (annexe 1).

Le dépistage et le diagnostic sont avant tout liés à l'interrogatoire en prenant pour base le DSM V (annexe 2) et le CIM 10 (annexe 3). Les définitions du DSM et du CIM 10 cumulent des symptômes psychiques à des symptômes physiques spécifiques, avec la notion de durée. Les critères cliniques sont donc subjectifs en lien avec le ressenti du patient. Par contre, on pourra objectiver le ralentissement psychomoteur et la variation pondérale secondaire à une modification d'appétit. Le DSM-IV-TR a été modifié et remplacé par le DSM V en mai 2013, dont la traduction est sortie en France le 17 juin 2015. Le seul changement porte sur le deuil, qui ne permet plus d'éliminer une dépression. Aucune mention spéciale n'a été faite en ce qui concerne les personnes âgées.

D'autre part, plusieurs sociétés de gérontologie (8–11), rapportent des formes cliniques particulières de dépression chez la PA où elle ne se manifeste pas systématiquement de façon évidente. On retrouve ainsi la dépression délirante ou psychotique où l'on retrouve un délire au premier plan. Il existe aussi des formes masquées pauci- ou pluri-symptomatiques. Par exemple, elle peut être soupçonnée devant des troubles du sommeil pouvant être la plainte principale du patient, ou alors par une somatisation avec des plaintes multiples ou difficiles à expliquer. Dans cette forme, l'anxiété symptôme est parfois au premier plan. On peut aussi retrouver des troubles cognitifs à type de troubles dys-exécutifs, de difficultés de planification, des troubles de la mémoire voire même des pseudo-démences. Des troubles du comportement peuvent être associés ou non, sous forme d'agressivité ou de prostration voire un mélange des deux.

Devant l'ensemble de ces variables, il devient alors difficile de faire le dépistage et, ou le diagnostic, le praticien pouvant se perdre dans la recherche de causes organiques. Face à ces

difficultés, des aides instrumentales ont été développées. Des échelles ou outils, de dépistage ou de diagnostic, ont montré leur utilité et sont décrits par les sociétés de gérontologie-psychiatrie (12). Plusieurs études vont dans ce sens y compris en ambulatoire (13). A l'instar du CNEG, on peut citer pour les plus connues par exemple la GDS à 30 questions (annexe 4) pour le dépistage et l'HDRS à 21 questions pour le diagnostic (annexe 5) (11).

3.2.2. Étiologies et diagnostics différentiels

Le patient âgé est potentiellement un malade vulnérable à fragile et qui peut présenter des facteurs favorisant la survenue de dépression, tant au niveau socio-économique qu'au niveau médical.

Le parcours de vie présente de nombreux facteurs pouvant favoriser la dépression. Tout d'abord, les modifications éventuelles au niveau social et familial. Une personne âgée est couramment définie par le passage à la retraite. Celle-ci signifie l'arrêt de l'activité professionnelle sous-entendant la perte d'un rôle social. Ce passage peut être mal-vécu et peut générer un sentiment d'inutilité. De plus, notre société actuelle rend aussi plus facile les déplacements, et des familles se retrouvent régulièrement éloignées. La distance du reste de la famille, s'il y en a, contribue à l'isolement de la personne âgée. On ne peut oublier que la PA endure de nombreux deuils alors qu'une personne plus jeune en rencontre naturellement moins, constituant en soi une difficulté émotionnelle supplémentaire. Ces différents événements sociaux et familiaux peuvent contribuer à l'isolement d'une personne âgée. Au niveau économique, il a été montré que l'expérience de difficultés financières prolongées au cours de la vie pouvait favoriser la dépression (14). Par ailleurs, l'arrêt de l'activité professionnelle et la baisse du niveau de vie à la retraite (15,16) peuvent aussi concourir à favoriser une baisse de l'estime de soi. Par ailleurs, la vieillesse comporte aussi une évolution physique. De façon physiologique, le vieillissement implique une plus grande difficulté d'adaptation avec une moins bonne récupération face aux événements intercurrents. C'est aussi un facteur de risque pour de nombreuses pathologies, et il peut exposer la PA à une augmentation de la dépendance. De même, la perte d'autonomie entraîne une difficulté à maintenir les activités de la vie quotidienne pouvant atteindre la fierté et l'estime de soi. L'ensemble de ces différents facteurs socioéconomiques et physiques peut entraîner une succession de stress, qui génère un risque cumulatif, pouvant faire basculer une personne âgée dans une pathologie dépressive.

Par ailleurs, il a été montré que certaines pathologies sont fréquemment associées à la dépression, que ce soit par cause ou par conséquence rendant parfois le diagnostic différentiel difficile (10). Dans un souci de clarté devant le nombre très important de pathologies causes ou conséquences de la dépression, nous avons repris le tableau récapitulatif du CNEG (17). La lecture de la bibliographie nous a conduit à amender le tableau 1.

Tableau 1 Maladies somatiques et médicaments fréquemment impliqués dans la dépression de la personne âgée. (Collège national des enseignants en gériatrie)

Maladies neurologiques	-Accident vasculaire cérébral -Maladie d'Alzheimer et autres démences -Maladie de Parkinson -Hydrocéphalie chronique <i>-Epilepsie (18)</i>
Maladies cardiovasculaires	-Infarctus du myocarde -Insuffisance cardiaque
Maladies endocriniennes	-Diabète -Hypothyroïdie-Hyperthyroïdie -Hyperparathyroïdie -Hypercorticisme -Déficit androgénique chez l'homme
Maladies diverses	-Cancers -Douleur chroniques <i>-Maladies auto-immunes (19,20)</i>
<i>Maladies psychiatriques</i>	<i>-Troubles bipolaires</i> <i>-Troubles de l'adaptation avec humeur dépressive</i> <i>-Psychoses chroniques (schizophrénie)</i>
Médicaments	-Corticoïdes -Clonidine -Bétabloquants -L-dopa -Amantadine -Neuroleptiques <i>-Antiépileptiques (21).</i>

En italiques adjonctions après revue de la littérature

La dépression peut tout d'abord être le diagnostic différentiel de différentes pathologies, telles que l'hypothyroïdie ou les troubles psychiatriques. La dépression peut aussi être une conséquence de certaines pathologies et donc associées à elles (18). Nous pouvons prendre comme exemples les pathologies cardiovasculaires ou les pathologies chroniques. La modalité

d'interaction entre la dépression et certaines pathologies complique d'autant plus le diagnostic quand la dépression peut être à la fois le diagnostic différentiel et, ou secondaire à ces maladies. Nous pouvons reprendre les exemples de l'infarctus de myocarde et des pathologies neurodégénératives (18). Dans cette idée, nous avons volontairement, fait une place à part aux maladies neurodégénératives qui concernent particulièrement la personne âgée. En effet, la DPA peut prendre des formes pseudo dementielles (22). Elle peut aussi être un mode d'entrée dans une pathologie neurodégénérative et symptôme de cette maladie, d'où des confusions et, ou difficultés diagnostiques. Pour ne citer que les plus fréquentes : la maladie de Parkinson (23), la maladie d'Alzheimer (24) et l'hydrocéphalie à pression normale (25). Afin d'aider les praticiens, des outils diagnostiques comme l'hétéro-évaluation de l'échelle de Cornell (annexe 6) (26) sont en cours de développement pour améliorer la différenciation entre démences et DPA.

Nous ne pouvons pas oublier les causes iatrogènes mentionnées dans le tableau 1. Nous prendrons quelques exemples afin de rappeler que les risques d'effets indésirables peuvent venir de tout traitement. En effet, les traitements par corticothérapie (27), les antiparkinsoniens tels que la L-dopa et l'amantadine (28), les bêtabloquants non-sélectifs, inhibiteurs calciques et furosémide sont aussi cités comme pourvoyeurs de dépression (29). On peut rajouter à cette liste les neuroleptiques, la clonidine, les traitements anti androgéniques (30), les interférons, les antirétroviraux, et les antiépileptiques (21).

Par ailleurs, la consommation de toxiques tels que l'alcool, le cannabis ou autres drogues peut aussi favoriser la dépression.

3.2.3. Facteurs de gravité

La PA peut présenter des facteurs de gravité appelant à une prise en charge rapide, voire urgente. Les idées suicidaires sont les plus connues car communes à la personne jeune, mais doivent être prises avec sérieux car les tentatives sont plus susceptibles d'être efficaces. Le nombre de suicides chez la PA est d'ailleurs inquiétant : l'Inserm retrouvait que le tiers des décès par suicide concernaient les plus de 65 ans en 2006 en France métropolitaine (31). De plus, le refus de prise en charge d'une PA est grave car s'il peut être un appel à l'aide, il montre

que le patient n'est plus en état de raisonner par le retentissement cognitif ou la sévérité de sa dépression. Cette opposition peut être liée à un délire, ou induire de l'auto- ou hétéro-agressivité et ne doit pas être négligée. La PA dépressive peut souffrir aussi d'anorexie ou se négliger, avec un comportement de désinvestissement qui entrainera alors une dénutrition et une perte de poids grave.

La DPA nécessite une prise en charge efficace et précoce afin d'éviter son évolution vers la mise en danger du patient, ce qui nous permet d'aborder les traitements de cette pathologie en médecine générale.

3.2.4. Traitements

En termes de thérapeutiques médicamenteuses, les recommandations actuelles estiment que les anxiolytiques n'ont que peu voire pas de place dans le traitement de la DPA, en faveur d'antidépresseurs à effet anxiolytique. Si les benzodiazépines s'avéraient malgré tout nécessaires, celles de courte durée d'action sont à privilégier telles que le lorazépam et l'oxazépam, et sur une durée courte (6 semaines environ).

Les antidépresseurs font l'objet de recommandations actuelles claires (9,32) qui facilitent leur usage chez la personne âgée. Ils sont néanmoins à manier avec prudence chez la PA à cause de leurs effets indésirables et contre-indications. Leur introduction et sevrage doivent être progressifs afin de minimiser les effets négatifs (33,34). Au niveau des posologies, s'il est recommandé de commencer à demi-dose pour des raisons de tolérance, une pleine dose est indiquée pour obtenir un traitement efficace. En cas d'intolérance ou d'inefficacité au bout de 6 à 8 semaines, un changement de molécule est recommandé mais les études diffèrent quant au changement immédiat de classe ou non. La durée recommandée de traitement chez une PA pour un premier épisode est de 1 an soit 2 fois plus longtemps qu'une personne plus jeune.

En première intention, ce sont les IRS, les IMAO-A, et les autres types d'antidépresseurs qui sont recommandés. Les IRS sont parmi les antidépresseurs les mieux tolérées pour une bonne efficacité. On peut citer la sertraline, la fluoxétine, et la paroxétine. Leurs principaux effets indésirables sont des troubles digestifs, une hyponatrémie, plus rarement un syndrome

extrapyramidal. Ils sont par contre à manipuler avec prudence en cas de traitement anticoagulant ou par anti-inflammatoires devant le risque hémorragique accru. En dehors des IRS, le CNEG recommande aussi le moclobémide parmi les IMAO-A, la miansérine et la mirtazapine dans les autres types antidépresseurs. Ces 2 derniers ont un effet anxiolytique, voire sédatif qui peut être intéressant. De plus, la miansérine présente l'avantage d'avoir peu d'interactions médicamenteuses et de contre-indications ce qui rend son utilisation plus simple pour le médecin généraliste.

En deuxième intention et avec prudence, on pourra se tourner vers les IRS Na comme la venlafaxine. Si leurs effets cardiovasculaires (hypertension artérielle par exemple) ne permettent pas qu'ils occupent la place de premier choix chez la PA, ils restent une alternative en cas d'échec ou de mauvaise tolérance des autres classes d'antidépresseurs. Les antidépresseurs tricycliques sont souvent mal-tolérés chez la PA par leur effet anticholinergique. De plus, au vu des contre indications multiples telles que l'adénome de prostate ou le glaucome, sans oublier les effets cardiaques par allongement du QT, ils ne sont pas recommandés chez la PA.

Au niveau des autres types de médicaments, les neuroleptiques et les antiépileptiques peuvent avoir leur rôle dans une dépression avec un délire prédominant ou des troubles du comportement. Cependant ils sont plutôt du ressort d'une prise en charge spécialisée.

Concernant les thérapies non-médicamenteuses, la psychothérapie a démontré son intérêt dans le traitement de la dépression. Les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité dans le traitement de la DPA en association au traitement médicamenteux (35). Cependant, aucune étude n'a montré la supériorité des psychothérapies sur le traitement médicamenteux chez la personne âgée dans le cadre de la dépression avérée.

La sismothérapie existe depuis plus de 50 ans mais est réservée aux formes sévères, mélancoliques ou avec un retentissement clinique majeur (souvent nutritionnel), ainsi que la dépression résistante aux autres traitements. C'est un traitement réservé au spécialiste et qui a pour avantage d'être rapidement efficace, en général entre 1 à 3 semaines. Cependant, la sismothérapie nécessite une hospitalisation et une anesthésie générale pouvant avoir des contre-indications médicales. De plus, elle n'est pas toujours acceptée par les patients ou leur entourage.

Nous avons mentionné l'importance des conditions socioéconomiques et familiales dans la dépression, mais, si aucune étude n'a montré l'efficacité de mesures sociales comme thérapeutique dans la DPA, il paraît sensible de penser que rompre l'isolement et améliorer les conditions de vie d'une personne atteinte de dépression sera bénéfique.

Pour terminer, les thérapies naturelles comme l'acupuncture, la luminothérapie, le magnétisme, etc. n'ont pas montré d'efficacité significative dans le traitement de la dépression.

Au vu de ces rappels, nous pouvons entrevoir que la DPA est une pathologie fréquente et complexe. Notre travail a pour but d'explorer la perception et la prise en charge de la DPA par le médecin généraliste de l'ouest lyonnais, ainsi, nous abordons sa méthode de réalisation.

4. METHODE

4.1. Choix de la méthode qualitative

La dépression du sujet âgé est un problème complexe et fréquent. C'est une pathologie qui est parfois difficile à prendre en charge avec des patients aux antécédents souvent complexes. Si elle est plutôt bien cadrée par les autorités référentes, les pratiques en médecine générale semblent plus difficiles à analyser car à la fois indépendantes, autonomes et quelques fois isolées. De plus, il s'agit d'une pathologie psychiatrique relevant de la souffrance morale, dont la perception peut changer d'un être à un autre avec des phénomènes de transferts et contre-transferts. Ainsi, afin de comprendre comment les médecins généralistes prennent en charge la DPA, il fallait comprendre comment ils percevaient la DPA, comment et pourquoi ils la prennent en charge, ainsi que les difficultés auxquelles ils se heurtent. De ce fait, la méthode qualitative paraissait la plus adaptée pour explorer ces problématiques.

4.2. Choix des entretiens semi-dirigés

Au vu du sujet, il a été d'emblée décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés avec un guide d'entretien afin d'améliorer la comparabilité des réponses. Les entretiens étaient individuels afin de ne pas bloquer l'expression de zones d'ignorance ou de perception erronée. Ce fonctionnement a aussi permis de simplifier la logistique de l'enquête.

4.3. Recherche bibliographique

Afin de mieux cerner la problématique de la prise en charge de la DPA par le médecin généraliste, nous avons effectué une recherche bibliographique préalable à l'enquête. Nous avons recherché des documents électroniques en langue française et anglaise sur plusieurs bases de données à l'aide des moteurs de recherches et des sites internet suivant : le Cismef (Catalogage et l'Indexation des Sites Médicaux de langue Française), Pubmed-Medline, Elsevier-Masson, Google Scholar et Cochrane, via les abonnements et le site internet de la

bibliothèque universitaire Lyon 1. Nous avons aussi consulté le catalogue des bibliothèques universitaires Lyon 1 et Lyon 3 pour rechercher des documents papiers.

La terminologie employée pour la recherche bibliographique a été identifiée à l'aide du MeSH (Medical Subject Headings) francophone et anglophone. La recherche a été effectuée avec les mots clés suivant sous différentes combinaisons à l'aide des opérateurs booléens :

- Dépression, *depression, depressive disorder*
- Médecine générale, *general practice (practitioner), primary care, family physician*
- Personne âgée, sujet âgé, *Elder elderly aged, aged over 80*, le filtre par l'âge a été parfois utilisé (supérieur à 65 ans pour Pubmed)
- Représentation, perception, *perception*
- Difficulté, obstacle, *difficulties*

La liste des références bibliographiques a été générée avec le logiciel *Zotéro* pour lequel nous avons suivi une formation.

4.4. Création du questionnaire

4.4.1. Création initiale

Le questionnaire s'est appuyé sur l'arbre décisionnel dans la prise en charge de la DPA de l'HAS (annexe 1) et le questionnaire de la thèse de L. Achahboune (36). Il a été créé avec l'aide du directeur de thèse Dr Albrand. Il a ensuite été testé sur 3 maîtres de stage universitaires (MSU) installés en dehors du Rhône ce qui a permis son amélioration avant l'étude.

Le questionnaire est divisé en 4 axes : un premier abord général avec les questions 1 à 3 afin d'amener le sujet sur les 2 axes de questionnement : la dépression et la personne âgée. La question 3 permet de faire le lien entre les 2 et d'aborder la suite de l'entretien. Le second axe (questions 4 à 7) permet d'aborder les connaissances et les pratiques concernant le dépistage et le diagnostic de la DPA. Les outils et les échelles étant recommandées, il paraît important de connaître leurs applications en médecine ambulatoire. Cette partie permet aussi de connaître l'exposition des médecins généralistes au suicide de la PA et comment il le perçoit. Le

troisième axe porte sur les traitements de la DPA. Le quatrième axe a pour but de connaître les besoins des médecins généralistes afin d'améliorer la prise en charge de la DPA.

Il existe plusieurs questions sur les caractéristiques du médecin, qui ont pour but de mieux connaître la population médicale étudiée, pour d'améliorer l'analyse en contextualisant les réponses. Etant donné qu'il s'agissait de questions fermées, elles ont volontairement été placées en fin d'entretien afin de ne pas entraîner de biais en limitant l'expression des médecins interviewés. Ces questions n'ont pas été incluses dans le verbatim.

4.4.2. Test et amélioration du questionnaire

L'amélioration de la première version du questionnaire (annexe 7) s'est faite à chaque fin d'entretien en prenant en compte l'avis et les suggestions des MSU testeurs. Chaque nouvelle version a été testée sur le médecin suivant pour au final être validée avec le directeur de thèse avant l'étude (annexe 8).

Les 15 questions initiales ont été retravaillées au niveau de la formulation et de la syntaxe pour des questions d'aisance de discussion. Concernant la première partie du questionnaire, la question 2 est apparue floue, mal-définie voire redondante. Elle a été remaniée afin d'être plus compréhensible en remplaçant l'expression "Que vous évoque" par "Que pensez-vous". Dans la seconde partie du questionnaire, la question 4 a été redéfinie en 4 et 5 afin de ne pas entraîner de confusion (« dépistage ou diagnostic ») et d'améliorer la précision des réponses. La question 6 a été ajoutée afin d'explorer quelles pathologies les médecins généralistes considèrent associées à la dépression. Il était intéressant d'ajouter la 2^{ème} partie à la question 7 « Avez-vous déjà rencontré cette situation » afin de contextualiser la réponse. La troisième partie du questionnaire a été totalement remaniée. La question 9 a été divisée afin de bien définir le sujet de chaque question. L'ordre des questions a été changé ce qui a permis de meilleures réponses (moins de listes engendrées par la question sur les traitements médicamenteux). Le terme « autres formes de traitement » a été remplacé par « autres types de thérapeutiques » qui évitait la redondance (et donc une confusion pour l'interviewé), et permettait d'ouvrir sur des traitements non-médicamenteux type psychothérapie, relaxation... La question 16 du questionnaire final a été ajoutée afin d'explorer la relation entre médecin généraliste et spécialiste qui est essentielle dans la prise en charge des dépressions graves de la PA. La

question 17 a pour but d'explorer si le médecin généraliste se comporte de la même façon ou différemment selon l'âge de son patient, et les conséquences éventuelles sur la prise en charge. Concernant la dernière partie, le terme « Rencontrez » a été remplacé dans la question 18 par « Eprouvez » afin d'avoir une réponse plus large pouvant inclure d'éventuelles difficultés émotionnelles du médecin. La question 19, a été reformulée et réduite afin d'être plus précise.

4.5. Prise de contact et entretiens

La première prise de contact était par téléphone et l'introduction de l'enquêteur s'est déroulée selon l'argumentaire en annexe (annexe 9). Cet argumentaire a été créé à partir de celui d'Achaboune (36) mais adapté au sujet de cette thèse et au style du discours oral de l'enquêteur. Les entretiens avaient lieu selon les souhaits du médecin généraliste sollicité pour minimiser les refus. Pour les entretiens, le matériel de recueil utilisé était un dictaphone numérique ICD-PX240 de Sony©. Au cours du travail, il est apparu que le contact téléphonique ne suffisait pas, nous avons donc contacté certains médecins par email et en face-à-face. Pour les contacts par email, un argumentaire a été créé à partir de l'argumentaire téléphonique et envoyé à l'identique pour l'ensemble des médecins contactés (annexe 9).

4.6. Choix de la démographie

4.6.1. Définition de la zone géographique de travail

La zone sur laquelle j'ai choisie de travailler correspond à l'Ouest Lyonnais, hors métropole et m'intéresse particulièrement puisqu'il s'agit d'un endroit où j'envisage de m'installer.

Cette zone géographique est divisée administrativement en Etablissements Publics de Coopération Intercommunales (EPCI) ou communauté des communes (CC) selon le site www.rhone.gouv.fr. Elle est limitée à l'ouest par la frontière avec le département de la Loire, à l'Est par la métropole du Grand Lyon. Le Nord et le Sud ont été définis de façon arbitraire par la latitude nord et sud de la métropole du Grand Lyon.

Six CC ont été sélectionnées : le Pays de l'Arbresle, le Chamousset en Lyonnais, les Vallons du Lyonnais, les Hauts du Lyonnais, le Pays Mornantais et la Vallée du Garon.

4.6.2. Caractéristiques et données démographiques

La population étudiée a pu être décrite selon les données statistiques du dernier recensement de 2011 disponible sur le site de l'INSEE. Le document "Les chiffres clés de l'évolution et de la structure de la population" et ses tableaux récapitulatifs PoP T0 (population par grandes tranches d'âges) et PoP T3 (population par sexe et âge en 2011) pour chaque EPCI ont été utilisés (37). Les chiffres obtenus sont décrits dans le tableau 2.

Au niveau national en 2015, l'INSEE estime que 18,6% de la population française a plus de 65 ans (38). Hormis pour les Hauts du Lyonnais qui se rapprochent de la moyenne nationale, on peut considérer la population de l'Ouest Lyonnais comme jeune.

Tableau 2 Démographie des personnes âgées de plus de 65 ans par communauté des communes de l'Ouest Lyonnais

Communauté des communes (CC)	Hommes	Femmes	Population totale des plus de 65 ans	Population totale	Pourcentage des plus de 65 ans dans la population générale
Pays de l'Arbresle	2224	2823	5047	36286	13,9
Vallons du Lyonnais	1859	2452	4311	27142	15,8
Vallée du Garon	2047	2545	4592	28698	16
Pays Mornantais	1639	1969	3608	27262	13,2
Chamousset en Lyonnais	937	1170	2107	13496	15,6
Hauts du Lyonnais	1160	1516	2676	14890	17,9
Ensemble des CC étudiées	9866	12475	22341	147774	15,4

4.6.3. Définition du corpus

Cette enquête porte sur l'analyse des pratiques dans la DPA des médecins généralistes de l'Ouest Lyonnais. L'ensemble des coordonnées des médecins généralistes installés des 6 CC définies précédemment ont été récupérées à l'aide du site internet www.pagesjaunes.fr. Toutes pratiques

particulières, autres que allopathiques (par exemple homéopathie ou allergologie), ont entraîné l'exclusion du médecin concerné de l'étude afin de rester le plus représentatif de la pratique de la médecine générale. Les médecins installés ont également été préférés car ils sont plus à même d'effectuer le suivi de la DPA puisqu'il s'agit d'une maladie de durée longue.

Les résultats de cette recherche sont affichés dans le tableau 3. Il était intéressant de calculer le nombre de médecins par 1000 habitants et pour 1000 PA afin de mieux refléter l'activité médicale et la représentativité de chaque CC.

Selon les moyennes nationales retrouvées sur le site de l'INSEE, sur 69 226 médecins généralistes installés, 62226 exercent en libéral pur et 6240 pratiquent un exercice mixte (libéral et salarié) soit 1,05 médecins généraliste pratiquant un exercice libéral ou mixte pour 1000 habitants. En comparaison aux données des CC concernées par l'étude, les CC du Pays de l'Arbresle et du Chamousset en Lyonnais sont sous-représentées en médecins généralistes contre les CC du Vallon du Lyonnais, des Hauts du Lyonnais, de la Vallée du Garon et du Pays Mornantais qui sont surreprésentées.

Tableau 3 Démographie médicale des médecins généralistes par communauté des communes de l'Ouest Lyonnais

Communauté des communes	Nombres de médecins généralistes	Nombre de médecins pour 1000 habitants	Nombre de médecin pour 1000 personnes âgées	Tirage au sort au 5ièm
Pays de l'Arbresle	24	0,7	4,8	5
Vallons du Lyonnais	19	4,4	4,4	4
Vallée du Garon	26	5,7	5,7	5
Pays Mornantais	19	5,3	5,3	4
Chamousset en Lyonnais	7	0,5	3,3	2
Hauts du Lyonnais	9	3,4	3,4	2

Un échantillonnage raisonné a été fait avec tirage au sort au 1/5 par CC, sauf pour les CC du Chamousset en Lyonnais où le tirage au sort était au ¼ pour ne pas la sous-représenter. Il a été tiré au sort 5 MG du Pays de l'Arbresle, 4 des Vallons du Lyonnais, 5 de la vallée du Garon, 4 du Pays Mornantais, 2 du Chamousset en Lyonnais, et 2 des Hauts du Lyonnais. La liste avant tirage au sort était aléatoire et non-triée par le sexe, le nom ou la commune d'installation. Aucun médecin de la région n'était connu à titre personnel ou professionnel avant l'étude par les analystes. Le tirage au sort a été réalisé à l'aide du logiciel *dcode* sur le site www.dcode.fr. Pour chaque médecin tiré au sort, un remplaçant était désigné immédiatement par tirage au sort à l'aide du même logiciel.

4.7. L'analyse

4.7.1. Données chiffrées

Les données chiffrées correspondent aux données recueillies de façon systématique en fin d'entretien. Il s'agit de caractéristiques sociales et professionnelles des médecins répondants pouvant être quantifiée.

4.7.2. Méthode de retranscription

Le verbatim a été retranscrit dans les 2 semaines qui suivaient l'entretien afin de minimiser les biais par oubli. Ils ont été retranscrits en respectant l'ensemble du verbe du répondant et en utilisant une ponctuation visant à refléter son rythme de parole. Les hésitations, rires ou intonations de voix etc. ont été inclus quand cela s'avérait nécessaire à la meilleure appréhension du verbatim. Aucune correction ou modification quelle qu'elle soit n'a été réalisée.

4.7.3. Méthode d'analyse des éléments du discours

L'analyse était manuelle par l'auteur et le directeur de thèse. Les données ont été triangulées après l'analyse de chaque entretien avec les précédents entretiens. Il y a eu une relecture par 3 autres personnes de plusieurs entretiens afin d'optimiser l'analyse, et d'augmenter son objectivité en multipliant les points de vue. Nous avons choisi une analyse sémantique, c'est-à-dire des idées principales se dégageant des discours des médecins, plutôt qu'une analyse de la syntaxe (phrase) ou psychologique (contexte).

La méthode d'analyse effectuée est celle selon l'approche phénoménologique en recherche de Deschamps établi en 1993 (39) :

1) Tirer le sens général de l'ensemble de la description

C'est-à-dire effectuer une ou plusieurs lectures flottantes, de manière à se rapprocher à nouveau du phénomène et à s'en saisir de l'intérieur.

2) Reconnaître les unités de signification qui émergent de la description

Le chercheur doit alors découper le contenu du verbatim en autant d'unités que l'on peut déceler à chaque transition thématique observée lors de la lecture, et cela dans la perspective de chaque participant. Les unités de signification dégagées permettent de remonter du vécu (expérience) vers le concept (structure typique du phénomène étudié). Les unités de signification principales représentent la structure du phénomène.

3) Développer le contenu des unités de signification de manière à approfondir le sens qui est contenu dans le matériel

A cette étape, le chercheur approfondit sa compréhension de l'expérience en traduisant les unités de signification en unités approfondies de signification, c'est-à-dire que le contenu du verbatim correspondant à une unité de signification est alors approfondi par le chercheur grâce à sa connaissance plus générale de la réalité explorée. Il explicite dans ses mots et dans celui du participant ce qu'il en est de cette partie de l'expérience, dans une optique d'analyse qui permet l'appropriation du sens, sa compréhension, son explicitation et son élaboration. Par exemple, il est possible de séparer le texte analysé en deux colonnes : dans la première colonne, on peut lire dans l'ordre chronologique, les unités de signification des mots des participants et, dans la deuxième, les mêmes unités de signification sont reprises en unités approfondies de signification, explicitées et élaborées. Les unités approfondies de signification représentent la rencontre active du chercheur avec l'expérience.

4) Réaliser la synthèse de tous les développements des unités de signification, dans le respect du phénomène considéré, et décrire la structure typique du phénomène

C'est la dernière phase de la démarche de réduction phénoménologique. Ici, le chercheur doit réunir les unités de signification et les unités de signification approfondies en une description consistante, cohérente, qui prend une forme synthétique. Chaque récit analysé entraîne une description systématique et fidèle des propos de participant, selon la structure qui lui est propre. Le chercheur procède aussi à la synthèse des différents récits par une description générale de la structure typique de l'expérience : on passe alors de la description vers le concept et un niveau de généralité supérieur. Dans sa démarche de réduction phénoménologique, le chercheur peut solliciter le point de vue des répondants, leur communiquer la description de l'expérience typique et obtenir d'eux une appréciation. Cette étape permet d'approfondir l'analyse.

Nous n'avons pas approfondi l'analyse en demandant une relecture de celle-ci par les médecins répondeurs.

5. RESULTATS

5.1. Constitution du Corpus

5.1.1. Caractéristiques des contacts et nombres de réponses

31 médecins ont été contactés au total. Au départ les 20 médecins du premier groupe du tirage au sort ont été contactés. 10 ont répondu positivement dont 5 suite à une relance. Suite aux 10 autres refus, les 10 remplaçants, préalablement tirés au sort, ont été contactés. 3 ont refusés l'entretien et 7 ont acceptés immédiatement. Par rapport au nombre de médecins démarchés, nous avons 17 acceptations et 14 refus, soit près de 55% de réponses positives. Avec les médecins du premier tirage au sort, ce taux de réponses positives est de 50% contre 70% chez les remplaçants. Parmi les médecins répondants, 15 médecins travaillent en zone semi-rurale et 2 en zone rurale. Les réponses positives ou négatives selon le groupe de tirage au sort du médecin et selon les communautés de communes sont regroupées dans le tableau 4. On remarque que les médecins des CC du Pays de l'Arbresle et des Vallons du Lyonnais étaient plutôt bons répondants.

Tableau 4 : Nombre d'acceptations ou refus d'entretien selon le groupe des médecins contactés et les communautés des communes.

	Premier groupe		Groupe remplaçant		Nombre total de médecins contactés
	Réponses positives	Réponses négatives	Réponses positives	Réponses négatives	
CC du Pays de L'Arbresle	3	2	2	0	7
CC du Chamousset en Lyonnais	1	1	0	1	3
CC des Vallons du Lyonnais	3	1	1	0	5
CC des Hauts du Lyonnais	1	1	0	1	3
CC Pays Mornantais	0	2	2	0	4
CC de la Vallée du Garon	2	3	2	1	8

5.1.2. Difficultés, refus et motifs

Les raisons des réponses négatives ont été notées au moment du refus. On retrouve plusieurs raisons à ces refus.

- Le barrage par les secrétariats. Le secrétariat ne peut nous mettre en communication avec le médecin car celui-ci est en consultation mais lui laisse un message avec nos coordonnées. Certains m'ont donné le mail professionnel du médecin afin de le contacter directement.
- Report de la réponse par le médecin. Il prend note de la demande et des coordonnées. Aucun n'a rappelé par cette méthode.
- Le sujet ne les intéresse pas ou plus. Certains disaient qu'ils n'aimaient pas la gériatrie et, ou qu'ils seraient un mauvais recrutement.
- Leur patientèle n'est pas représentative du sujet. Ils ont beaucoup de pédiatrie et ne font pas de gériatrie. Ces médecins pensent ne pas être utiles à ce travail. En cas d'insistance, ils citaient alors d'autres motifs de cette liste.
- Les médecins n'ont pas le temps.

La plus grosse entrave a clairement été le barrage par les secrétariats. En cas de non-réponse suite à un obstacle par le secrétariat, 3 relances ont été effectuées où l'on renouvelait la demande et retransmettait nos coordonnées. Le barrage par le secrétariat a concerné 13 contacts, dont 10 se sont conclus par des refus d'entretiens, avec l'absence complète de réponse pour 7 d'entre eux.

Le premier contact a été par mail pour 3 médecins. Aucun n'a répondu ou rappelé.

Deux médecins ont été directement contactés en face à face dans leur cabinet avec pour résultat une réponse positive et une réponse négative.

5.1. Entretiens

Les premières prises de contact ont eu lieu le 17/02/2015 et les entretiens ont eu lieu du 23/02/2015 au 10/01/2016. Ils se sont déroulés dans le cabinet du médecin généraliste dans

100% des cas. Concernant les modalités, le contact s'est fait par téléphone dans la majorité des cas, parfois par emails et en face à face suite aux difficultés de mise en relation décrites ci-dessus.

Les entretiens ont été retranscrits et sont placés en annexe par ordre chronologique de recueil pendant l'étude. Afin de maintenir l'anonymat des médecins répondants, un numéro d'identification leur a été attribué de façon arbitraire selon leur ordre chronologique d'interview.

5.1.1. Caractéristiques des répondants

Les caractéristiques des répondants combinent les réponses de la fin d'entretien et les impressions qu'ils ont données pendant l'entretien. On note aussi quelques particularités pouvant nous aider à mieux percevoir les conditions d'entretien et la personnalité des répondants afin d'améliorer l'analyse de leur discours.

5.1.1.1. Dr 1

L'entretien s'est déroulé au cabinet du Dr 1 en fin de matinée et a duré 19 min. C'est un homme de 58 ans, pour qui le métier de médecin généraliste est sa deuxième vocation, après avoir fait 23 ans en industrie pharmaceutique. Il est installé depuis 7 ans dans le Pays de l'Arbresle dans une zone semi-rurale et n'est pas MSU. Il pratique une médecine générale polyvalente mais intervient régulièrement en EHPAD. Assez nerveux au début de l'entretien, il a finalement bien participé. Il m'a demandé si je serais assez intéressée par un remplacement à la fin de l'entretien.

5.1.1.2. Dr 2

J'ai été reçue en milieu de matinée par Dr 2 avec environ 20min de retard. Cet homme de 64 ans est installé en zone rurale dans le Pays du Chamousset en Lyonnais depuis 37 ans. L'entretien a duré 18 min et s'est bien déroulé malgré le fait que Dr 2 ne se sentait pas dans son

état normal puisqu'il était malade depuis le matin. Il travaille en EHPAD et dans une maison d'accueil pour aveugles sur-handicapés, et est aussi MSU. A la fin de l'entretien, il m'a demandé si un remplacement m'intéresserait.

5.1.1.3. Dr 3

Dr 3 exerce dans une zone semi-rurale dans le Pays de l'Arbresle. Il fait beaucoup de pédiatrie, de médecine du sport et a obtenu le diplôme d'ostéopathe depuis peu. L'entretien s'est déroulé dans son cabinet de façon décontracté. Il était très à l'aise. C'est un homme de 59 ans installé depuis 29 ans et il n'est pas MSU. Il m'a demandé de lui envoyer la conclusion de la thèse par email et s'est intéressé après l'entretien à mes envies d'installation ou de remplacement. L'entretien a duré 24 min.

5.1.1.4. Dr 4

Dr 4 m'a reçue dans son cabinet en milieu de journée. Il est installé depuis 13 ans en zone semi-rurale dans les Vallons du Lyonnais et est MSU. Il a 47 ans et semblait à l'aise pendant l'entretien qui a duré 18 min sans interruption. A la fin de l'entretien, il m'a donné son adresse email personnelle pour lui transmettre les résultats de ce travail.

5.1.1.5. Dr 5

L'entretien s'est déroulé dans le cabinet du Dr 5 avant les consultations de l'après-midi, tranquillement et sans être dérangé. Elle exerce depuis 1974 mais n'est installée dans ce cabinet en zone rurale des Hauts du Lyonnais que depuis 13 ans. En effet, elle avait arrêté son activité pendant plusieurs années afin d'élever ses enfants. Actuellement, elle a 68 ans, partage son cabinet avec son mari où elle exerce 2 jours par semaine. Elle n'est pas MSU. Malgré son amabilité, elle semblait assez réservée, et a été peu loquace pendant l'entretien qui a duré 14 min.

5.1.1.6. Dr 6

L'entretien a duré 56 min et s'est déroulé en fin de matinée, dans le cabinet du Dr 6 en zone urbaine dans la vallée du Garon. Dr 6 est un homme de 63 ans, installé depuis 1981, soit 35 ans. Il est MSU au moment de l'entretien mais prévoyait d'arrêter en 2015 afin de diminuer son activité. Il a une activité de médecine générale polyvalente, et quelques patients en EHPAD. L'entretien s'est bien déroulé, avec un médecin qui participait activement. Son discours a alterné entre un ton un peu fataliste concernant la médecine générale actuelle et ses difficultés, et un ton jovial plutôt ironique. Il a été assez critique de la médecine actuelle, future, et de la formation médicale. On note que le sujet le touche autant professionnellement que personnellement. Après la fin de l'entretien, il a rajouté que tout ce qui est du domaine de la relation humaine se perd actuellement avec des gens, notamment âgés, qui n'attendent plus rien de la vie. Il a proposé comme solution, d'institutionnaliser des gens capables de faire des choses pour les rythmer, et d'utiliser les nouvelles technologies afin de créer le lien (envoi de photos avec mise à jour automatique, conversations à distance) dans le but de recréer l'attente de quelque chose de la vie. Cette partie n'a pas été incluse dans l'analyse.

5.1.1.7. Dr 7

J'ai rencontré Dr 7 en fin de matinée avant son départ pour les visites. C'est un homme de 33 ans, installé depuis 1 an et demi. Dr 7 exerce son activité en zone semi-rurale avec une part de son activité en EHPAD dans le Pays de l'Arbresle. Il n'est pas maître de stage universitaire. Malgré mes difficultés pour le rencontrer et un retard d'environ 30 min, il était enthousiaste et participatif pendant l'entretien, qui a duré 20 minutes avec un bon rythme de discussion.

5.1.1.8. Dr 8

L'entretien avec Dr 8 s'est déroulé à la pause de midi, en semaine dans son cabinet situé dans les Vallons du Lyonnais. C'est un homme de 57 ans qui est installé depuis 27 ans. Il exerce en zone semi-rurale, a une activité de médecine générale et il suit toujours ses propres patients en EHPAD. Il est maître de stage universitaire. Au début de l'entretien, celui-ci m'a demandé

comment il doit répondre à l'entretien. Je lui ai expliqué qu'il peut répondre comme il le souhaite, autant qu'il le souhaite, qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse, et qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation. Pendant l'entretien, il était détendu même si nous avons été dérangés à quelques reprises par le téléphone qui, fort heureusement, ne semblait pas gêner son discours. La durée de l'entretien était de 31min, et à la fin, il m'a demandé si je serais intéressée par un remplacement.

5.1.1.9. Dr 9

Dr 9 est une femme de 42 ans, installée depuis 9 ans (2006). Elle venait tout juste de déménager le mois dernier dans un cabinet neuf du même village dans les Vallons du Lyonnais. Elle travaille avec son mari dans cette zone semi rurale un jour et demi par semaine et fait une après-midi par semaine en EHPAD. Elle aurait une bonne partie de son activité tournée vers la gynécologie et la pédiatrie, en lien avec son statut de femme selon elle. Elle n'est pas MSU mais c'est un projet en discussion. Elle était assez déstabilisée par le type d'entretien mais elle a essayé de répondre aussi précisément que possible. Elle était avenante et joviale. Nous avons été par contre dérangées à plusieurs reprises pendant l'entretien par le téléphone. L'entretien a duré 18 min. Pendant l'entretien, elle a dit « nous » régulièrement car elle travaille avec son mari, avec la même patientèle. Elle considère que leur pratique sont similaires et m'a précisé que le « nous » vaut pour « je ». Après l'entretien, elle m'a demandé si j'étais intéressée par un remplacement et m'a laissé sa carte de visite.

5.1.1.10. Dr 10

L'entretien avec Dr 10 s'est déroulé dans son cabinet en fin de matinée. C'est un homme de 43 ans, il était infirmier auparavant mais a toujours voulu être médecin. Il s'est installé depuis 5 ans en zone semi-rurale dans les Vallons du Lyonnais. Il a une activité de médecine générale et de médecine du sport et consulte une matinée par semaine en EHPAD. Il a récemment fait les démarches pour devenir maître de stage universitaire. Son associé est un MSU que j'ai rencontré au cours de mon stage hospitalier d'urgence, ce qui a créé une ambiance assez

conviviale lors de mon accueil. J'ai été reçue dans la salle de pause de son cabinet de façon décontractée, il m'a proposé un café. Il était très à l'aise pendant l'entretien qui a duré 32 min.

5.1.1.11. Dr 11

Dr 11 est une femme de 55 ans installée depuis 1989, exerçant seule dans une zone semi-urbaine (90% urbain, 10% rural selon son estimation) dans la vallée du Garon. Elle a la capacité en gériatrie et est salariée d'une EHPAD un jour par semaine. Elle m'a dit faire aussi beaucoup de pédiatrie au cabinet. L'entretien s'est déroulé dans son cabinet après qu'elle ait coupé le téléphone, et a duré 45min. Elle s'exprimait facilement et répondait avec enthousiasme aux questions. Dr 11 est maître de stage universitaire et encadre des externes. Elle m'a proposé un remplacement et m'a aussi demandée d'être tenue au courant des résultats de notre travail.

5.1.1.12. Dr 12

L'entretien avec Dr 12 a eu lieu en début d'après-midi dans son cabinet où il exerce seul. Dr 12 est un homme de 64 ans, installé depuis 36 ans dans le Pays de l'Arbresle. Il a une pratique de médecine générale polyvalente et mentionne faire de la pédiatrie, de la petite chirurgie et avoir quelques patients en EHPAD comme spécificité. Si le contact était facile durant l'entretien, il semblait réservé avec une tendance à fuir mon regard, notamment lorsqu'il parlait de son ressenti ou de son vécu personnel. L'entretien a duré 18 min. Après celui-ci, Dr 12 m'a confié comprendre que ses jeunes collègues ne veulent pas s'installer dans sa zone d'exercice qu'il considère comme semi-rurale. Il envisage, dans un futur proche, de devenir maître de stage universitaire.

5.1.1.13. Dr 13

L'entretien avec Dr 13 a lieu dans son cabinet qui est neuf. J'étais son premier rendez-vous mais nous étions un peu bousculés par son retard en lien avec le fort trafic ce matin-là. Il était assez stressé et très mal à l'aise pendant l'entretien. Il était extrêmement déstabilisé par le type

d'entretien, et a eu du mal à répondre. Il a régulièrement cherché à couper court, ce qui me déstabilisa un peu car j'ai souvent cru qu'il allait me dire qu'on arrêtait. Afin de pallier à cette éventualité, j'ai essayé d'approfondir ses réponses, et de maintenir du rythme dans l'entretien quitte à avancer un peu rapidement. L'entretien a finalement duré 18min. Il m'expliquera avant mon départ qu'il n'arrive pas à répondre à ces questions trop générales mais qu'il n'a pas tant de problèmes dans sa pratique. Dr 13 est un homme de 57 ans, installé depuis 1992. Il n'est pas MSU. C'est un ancien urgentiste, qui a complètement arrêté l'urgence depuis 10 ans, et qui pratique une médecine générale polyvalente avec quelques patients en EHPAD.

5.1.1.14. Dr 14

L'entretien avec Dr 14 s'est déroulé en début de matinée dans son cabinet. Il exerce en zone semi-rurale dans le Pays Mornantais. C'est un homme de 46 ans, installé depuis 2003 et n'est pas MSU. Au niveau de son activité, il a quelques patients en EHPAD en dehors de son activité de médecine générale polyvalente qui n'est « pas de la bobologie » (contrairement à ce que lui auraient dit ses amis généralistes). Il considère que son activité est particulière à lui-même et considère sa façon d'exercer différente des autres. Il a une vision personnelle de la dépression car il en a lui-même été atteint, et se dit très exigeant dans ses prises-en-charge ainsi qu'avec celles de ses correspondants. Il ne travaille d'ailleurs qu'avec un seul psychiatre. Il n'hésite pas à critiquer et dire ce qu'il pense être la médecine générale de ses collègues médecins généralistes. En dehors de la médecine, il pratique l'ostéopathie équine. L'entretien a duré 28 min. Pendant l'entretien, Dr 14 était initialement sur la retenue, mais il s'est ouvert au fur et à mesure. Assez jovial, son ironie un peu détachée, cynique voire fataliste était en opposition avec ce que je percevais être un réel engagement pour ces patients.

5.1.1.15. Dr 15

Dr 15 m'a reçu dans son cabinet en zone semi-urbaine de la Vallée du Garon. Il pratique un peu de mésothérapie, et quelques-uns de ses patients sont en EHPAD. Dr 15 est un homme de 52 ans, installé depuis 1992 et qui n'est pas MSU. L'entretien s'est déroulé agréablement avec un bon échange pendant 29min.

5.1.1.16. Dr 16

L'entretien a eu lieu en début d'après-midi dans son cabinet. Dr 16 est une jeune femme de 39 ans, installée depuis 2011 en zone semi-rurale du Pays de l'Arbresle. Elle travaille dans une maison médicale pluridisciplinaire. Elle m'a répété avoir peu d'expérience en gériatrie et peu de patients âgés dans sa patientèle, ce qui l'a déstabilisé pour répondre aux questions. Elle m'a dit avoir une grosse patientèle de pédiatrie et d'adultes jeunes qu'elle met sur le compte de son âge et de son installation récente. L'entretien a duré 20min et s'est passé de façon agréable, avec un médecin de bonne humeur et répondant avec entrain malgré ses hésitations. Elle n'est pas MSU.

5.1.1.17. Dr 17

Dr 17 m'a reçue dans son cabinet de groupe en début d'après-midi. Dr 17 est une femme de 47 ans, installée depuis 2001 dans ce cabinet de groupe proche de la maison du Rhône en zone semi-rurale dans le Pays Mornantais. Elle n'est pas MSU. L'entretien a duré 14min. Elle n'a pas dit non à l'enregistrement mais n'avait pas l'air très contente non plus. L'entretien a été entrecoupé par de nombreux coups de téléphone, si bien que cela a perturbé le cours de l'échange. Elle parlait d'une voix douce et posée mais semblait contente que l'entretien n'ait pas duré plus longtemps. Son activité de médecine générale est sans particularité et elle a quelques patients en maison de retraite. Pendant l'entretien, elle m'a expliqué qu'elle a travaillé un an dans un service de gériatrie après la fin de ses études. Elle m'a aussi décrit le décès récent d'un homme âgé, qu'elle ne considérait pas comme étant dépressif, mais dont la description revêt la forme d'un suicide. Ne connaissant pas l'ensemble des données sur cette expérience, nous n'aborderons pas ce sujet lors de l'analyse.

5.1.2. Synthèse des caractéristiques des répondeurs

Nous avons regroupé les caractéristiques générales des médecins dans le tableau 5. La moyenne et la médiane des données chiffrées ont été calculées afin de visualiser si l'échantillon était homogène. En termes de sexe, il y a 5 femmes pour 12 hommes répondeurs. 6 médecins m'ont spontanément proposé un remplacement suite à l'entretien, et 5 étaient maîtres de stage universitaires. Le corpus est essentiellement constitué de médecins d'expérience comme en témoigne les valeurs d'âge et de durée d'installation du tableau 5. A priori, ce corpus a une expérience de prise en charge de la DPA comme le suggèrent les données épidémiologiques.

Tableau 5 Caractéristiques des médecins répondeurs

Médecin Répondeur	Âge (années)	Durée d'installation (années)	Durée de l'entretien (minutes)
1	58	7	19
2	64	37	18
3	59	29	24
4	47	13	18
5	68	13	14
6	63	35	56
7	33	1,5	20
8	57	27	31
9	42	9	18
10	43	5	32
11	55	27	45
12	64	36	18
13	57	24	18
14	46	13	28
15	52	24	29
16	39	5	20
17	47	15	14
Moyenne	53	19	25
Médiane	55	15	20
Limite inférieure	33	1,5	14
Limite supérieure	68	37	56

5.2. Analyse des verbatim

5.2.1. Définition d'une personne âgée

5.2.1.1. Une réponse difficile

Si 2 médecins ont répondu sans difficultés à la question, les autres ont eu plus de mal à définir la personne âgée. Devant cette difficulté, certains ont eu besoin de réfléchir pour répondre, d'autres ont eu des réactions plus vives en résumant cela à un problème sans solution. Des médecins nous ont dit qu'ils ne savaient pas.

Dr 3 « (Sourire) Ça commence mal, y en a pour un moment (rire). Ouille ouille ouille...alors pff... ça c'est... (pause... soupir) je dirais maintenant... »

Dr 6 « (Rit) ça commence bien. On commence par une question à peu près insoluble. »

Dr 14 « Ha ! vous avez pas plus simple ! (En riant doucement) Comment je définis une personne âgée ? je sais pas. Je saurais pas répondre à cette question. (...) Comment on définit une personne âgée, je saurais pas vous dire. A part si on parle uniquement d'une question d'âge mais sinon... il y a des jeunes vieux, il y a des vieux jeunes, c'est, c'est une question piège. »

5.2.1.2. Etre âgé : une définition temporelle qui évolue

Tout d'abord, une personne âgée a un « certain âge » que le temps définit. Cependant, si le seuil temporel est variable d'un médecin à un autre, la PA a toujours plus de 65 ans.

Dr 5 « une personne âgée en principe, c'est après 65 ans (sourire) si on s'en tient donc au critère admis" »

Dr 6 « je vais considérer qu'on va diviser l'âge sur le siècle et que le dernier quart serons les personnes âgées, donc au-delà de 75 ans. »

Dr 11 « une tranche d'âge légale alors heu... toujours difficile, parce que soit on fait partir ça de la retraite 65, je dirais classiquement c'est plutôt à partir de 75 ans et bon heu maxi y en a

plus. On va dire y en a, y en a un terrestre mais bon hein, heu moi je situerai ça plutôt à 75 ans »

On voit aussi que les termes utilisés manquent de précision. La limite, définissant une personne comme âgée, est également variable et évolue dans le temps avec les progrès de la médecine et l'augmentation de la survie.

Dr 3 « j'aurai tendance à dire plutôt 80 parce que... les choses ont évolués et si on a tendance à décaler un petit peu ça c'est parce que l'âge physiologique des patients a bien évolué quand même. »

Dr 8 « Ça va dépendre après à quel âge on devient âgé, mais ça ça peut être variable mais maintenant je dirais, ça recule ! l'âge ça recule »

Dr 15 « maintenant par rapport à il y a 15 ou 20 ans c'est sûr que c'est... nettement ... comment dirais-je, différencier. D'abord parce que l'âge a reculé. »

5.2.1.3. L'âge n'est pas le seul critère

Par ailleurs, certains médecins ont précisé que l'âge en lui-même n'était pas l'unique, critère de jugement.

Dr 4 « C'est pas une question de limite d'âge »

Dr 13 « c'est pas en fonction de l'âge en fait, (...) pour moi il n'y a pas d'âge limite à partir duquel on est une personne âgée ou on ne l'est pas quoi. »

5.2.1.4. La personne âgée selon la société

Le sujet âgé est perçu par sa définition sociale par son « expérience » à l'image traditionnelle du sage. Par ailleurs, il existe la croyance que le passage à la retraite définit une PA en lien avec l'arrêt de l'investissement, voire même une rupture, avec la vie active sociale.

Dr 3 « Une personne âgée c'est plus quelqu'un qui a de l'expérience plutôt qu'un petit vieux qui comprend plus rien. »

Dr 10 « On a tendance à penser que 65 ans, à partir de la retraite, dès qu'on n'est plus actif on est une personne âgée. C'est pas mon avis personnel. »

Dr 12 « il y a des personnes qui sont âgées parce que... ils ont une déconnexion avec ... avec la vie après la retraite et en fait »

5.2.1.5. L'âge physiologique, l'âge physique

De nombreux médecins définissent le sujet âgé comme un patient ayant un « âge physiologique ». Cette définition semble floue mais se relie à un mélange entre l'âge chronologique et l'état de santé du patient.

Dr 3 « c'est plus sur l'état physiologique que je m'appuierai parce qu'à priori il y a des mecs à 65 ans ou des femmes à 65 ans qui sont des personnes âgées mais il y en a des de 85 ans qui ne le sont pas. »

Dr 8 « en fonction de l'âge. Principalement et puis après en fonction de son état psychologique et physique. »

Dans la même idée, l'état physique et les fonctions cognitives entrent aussi dans cette définition.

Dr 3 « alors c'est une question d'âge mais après y a une question d'état physique »

Dr 10 « Donc y a l'âge qui définit la personne âgée et il y a l'état général qui participe aussi »

Dr 13 « c'est en fonction un petit peu des handicaps qu'elle peut avoir, c'est fonction de ses problèmes pathologiques »

Dr 14 « Pas une question d'âge plutôt d'un point de vue médical. »

Dr 17 « c'est en fonction de leur autonomie. »

5.2.1.6. Une définition subjective par une perspective personnelle

Par ailleurs, quelques médecins mentionnent l'importance du point de vue du patient dans la perception d'être une personne âgée ou non. C'est probablement dans ce sens qu'une personne

fait son âge. Dr 3 se pose aussi la question de sa propre perspective qui ferait évoluer sa perception de l'âge limite à partir duquel l'on devient vieux.

Dr 3 « peut-être parce que je m'en approche, j'aurai tendance à dire plutôt 80 »

Dr 12 « Il y a les personnes qui sont âgées parce qu'en fait ils ont leur âge, et puis (...) c'est eux qui se définissent comme âgé. Ça n'a rien à voir avec leur âge. »

Dr 15 « Essentiellement déjà, quelqu'un qui se sent lui-même âgé. »

5.2.1.7. Le sujet âgé : une définition individuelle, variable et nécessitant une vue d'ensemble

Les médecins expliquent que la définition de la PA dépend de nombreux critères. C'est donc une définition qui varie dans le temps chez une même personne en fonction de son vécu et de son état de santé, et non seulement en fonction de sa date de naissance.

Dr 2 « c'est tellement variable d'un individu à l'autre »

Dr 7 « c'est plutôt un ensemble de ... une vue d'ensemble de la personne »

Dr 8 « ça peut être très variable, très très variable »

Dr 9 « il y a pleins de choses qui interviennent »

Dr 14 « A part si on parle uniquement d'une question d'âge mais sinon... il y a des jeunes vieux, il y a des vieux jeunes »

5.2.1.8. Synthèse

La complexité de la définition du sujet âgé se remarque tout d'abord la difficulté de cette réponse. Il faut noter que cette question était la première de l'entrevue et les médecins n'étaient peut-être pas encore aussi ouverts à la discussion qu'à la fin de l'entretien.

L'âge a incontestablement une temporalité, mais ce n'est pas l'unique critère de définition. Le concept de la personne âgée a évolué en lien avec l'augmentation de la survie et la qualité de vie actuelle. On peut être âgé en fonction de son état de santé, et le terme « âge physiologique » reviendra souvent. La majorité des réponses vont dans ce sens, mais nous pouvons nous poser la question : quelles sont les pathologies qui font vieillir ? Certains commencent à l'évoquer en

parlant de la dépendance ou de l'autonomie. De plus, la subjectivité du médecin ainsi que l'opinion du patient sur lui-même interviennent aussi dans la perception d'être âgé.

La définition de la personne âgée est complexe car elle dépend d'un grand nombre de critères, variant d'un individu à l'autre et au cours de la vie d'un individu. Les médecins soulignent l'importance d'avoir une vue globale du patient pour le définir comme âgé.

On peut donc conclure qu'une personne âgée est difficile à définir pour ces médecins généralistes, et que beaucoup de facteurs rentrent en compte pour statuer sur son état de vieillesse ou non, qu'ils soient médicaux, subjectifs, sociaux ou d'ordre temporel.

5.2.2. Définition de la dépression

5.2.2.1. Floue et incertaine

Une grande partie des réponses montrent un certain flou concernant la définition de la dépression. Cela se manifeste par des pauses, des hésitations, des silences. Certains médecins ne semblaient pas sûrs de ce qu'ils avançaient ou se montraient évasifs en généralisant leur réponse. D'autres s'exprimaient plus clairement ou répondait par une phrase assez succincte.

Dr 1 « plutôt que de la définir je vais essayer d'en décrire les symptômes. »

Dr 2 « Heu, par un trouble de l'humeur... heu... »

Dr 3 « Alors y a les définitions habituelles.... Heu... perte d'élan vital et cetera, les trucs heu...qu'on a dans tous les bouquins. »

Dr 8 « (Pause) bah ça alors, ça peut être très, il y a des définitions théoriques. » « La dépression c'est un vaste concept, c'est un vaste problème »

Dr 9 « Sinon bah pour moi la dépression c'est une perte d'envie perte de... comment dire, c'est, c'est difficile à définir. Euh... »

Dr 13 « Euh... bah la dépression c'est un ... pff(soupir)... heu sur le plan médical vous voulez dire ? (Je réponds Oui.) Bah c'est tout un ensemble de symptômes heu... heu, bah vous connaissez aussi bien que moi, bah voilà. »

Dr 14 « Oh oui c'est... comment je définis la dépression... c'est une bonne question ça aussi tient. (Silence) »

5.2.2.2. Référencée

Deux médecins ont cité des références scientifiques qui définissent la dépression même si celles-ci semblent un peu banalisées.

Dr 1 « définit par un certain nombre de sociétés savantes. DSM IV etcetera. »

Dr 10 « Il y a les critères du DSM IV. (Rit) mais je ne te les réciterai pas car c'est un peu loin »

5.2.2.3. Une pathologie fréquente

Selon la plupart des médecins, la dépression se caractérise par sa fréquence importante et pour certains mal-estimée. C'est une pathologie qu'ils rencontrent régulièrement.

Dr 10 « Très sous-estimé. »

Dr 11 « Maladie extrêmement fréquente »

Dr 14 « c'est une vraie maladie (...) qui est sous-, largement largement sous-estimée »

Dr 15 « C'est une pathologie heu... (réfléchit) je pense qui est à la fois surestimée et sous-estimée »

Dr 16 « ça peut toucher beaucoup de monde (...) Que ça nous occupe voilà. »

5.2.2.4. Elle est définie par la symptomatologie

La clinique est le point cardinal de la définition de la dépression pour les médecins généralistes interviewés. Hormis Dr 14, tous ont mentionnés des symptômes cliniques pour définir la dépression.

La temporalité et la quantité de symptômes forment le premier point. Certains médecins précisent que la dépression se définit par des limites temporelles et une quantité de symptômes. Son intensité peut être variable.

Dr 1 « je considère, on peut considérer que quelqu'un est dépressif quand il cumule au moins 3 des, des 5 éléments que je vous ai donné. Depuis au moins un mois »

Dr 10 « une tristesse de l'humeur un peu permanente, et heu, qui a un retentissement sur le quotidien. Après elle peut être plus ou moins profonde. Plus ou moins importante. »

Dr 15 « Un état qui est... nécessairement heu chronique, enfin dans la durée, c'est à dire par définition plus de 3 semaines 1 mois. »

Dr 16 « troubles de l'humeur heu à différent niveau selon le stade de dépression, pleurs »

Concernant la symptomatologie clinique, nous nous baserons sur le DSM V (annexe 2) pour organiser la citation des symptômes mentionnés. On note qu'aucun médecin ne les a tous cités.

Les troubles de l'humeur sont surtout repérés par la tristesse, les pleurs et l'anxiété.

Dr 1 « les troubles de l'humeur avec tristesse voire des pleurs »

Dr 2 « par un trouble de l'humeur... heu... à type de tristesse (...) Et... des manifestations d'angoisse, (...) c'est essentiellement un trouble de l'humeur négatif.

Dr 6 « par une anxiété généralisée. »

Dr 10 « une tristesse de l'humeur un peu permanente, et heu, qui a un retentissement sur le quotidien. »

Dr 12 « des phénomènes anxigènes très importants. »

Dr 17 « une tristesse de vie (...) avec parfois des pleurs »

On retrouve aussi la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, qui se manifeste pour les médecins par la perte de l'élan vital, la diminution voire l'arrêt des activités habituelles, et l'absence de sentiments positifs en rapport avec la vie.

Dr 4 « comme la perte de l'élan vital heu ... (...) heu plus envie de rien faire... »

Dr 5 « c'est une perte du goût de vivre, d'entreprendre des choses. »

Dr 7 « la perte de plaisir et d'élan vital. »

Dr 8 « c'est quelqu'un qui ne fait plus, qui ne fait plus ce qu'il faisait avant, qui a une perte de ce qui lui faisait plaisir avant et tous ce qui lui faisait plaisir avant qu'il ne fait plus, une perte de l'élan vital. »

Dr 11 « perte d'élan vital, perte d'intérêt pour les autres ... »

Dr 15 « une perte d'envie de faire des choses, de bouger, de vivre. »

Les médecins n'oublient pas les troubles alimentaires et la modification de poids.

Dr 1 « troubles de l'appétit »

Dr 4 « heu perte de poids, ça me fait penser aussi, avec les répercussions ... somatiques »

Les troubles du sommeil sont mentionnés mais ne sont pas clairement définis. Un médecin parlera d'insomnie plus tard dans l'entretien.

Dr 16 « troubles du sommeil »

Le ralentissement psychomoteur pouvant aller jusqu'à l'absence totale de mouvements avec une prostration peut faire partie du tableau de dépression pour le médecin généraliste. L'hyperactivité motrice ou l'agitation ne sont pas mentionnées.

Dr 1 « une heu... apathie »

Dr 11 « je dirais quelqu'un qui est ralenti, qui effectivement psychologiquement surtout »

Dr 17 « parfois heu, ça peut être un état un peu prostré »

L'asthénie est aussi mentionnée par un médecin.

Dr 17 « ça peut être un état de grande fatigue »

La perte de l'estime de soi mais aussi l'auto dévalorisation sont citées.

Dr 1 « une heu... dégradation de l'estime de soi... »

Dr 12 « souvent une dévalorisation de soi-même »

Les troubles de la concentration ou indécision se manifestant plutôt sous la forme de troubles cognitifs peuvent faire partie du tableau de DPA.

Dr 11 « ça peut déborder sur des troubles de mémoire révélateurs »

Dr 16 « troubles de la concentration »

On retrouve les pensées morbides à type d'envie de mort et d'idées suicidaires dans la définition de la dépression.

Dr 11 « mise en danger éventuelle avec idées suicidaires »

Dr 17 « c'est souvent l'envie de mourir »

On notera que certains médecins mentionnent des symptômes non mentionnés dans le DSM V tels que le retentissement au niveau social de la DPA par l'isolement social, ou le deuil (anciennement présent dans le DSM IV)

Dr 7 « un isolement »

Dr 10 « Ils ont un deuil pathologique qui va leur durer plus d'un an puisque sinon c'est pas patho (pathologique) donc qui va durer 18 mois 24 mois »

5.2.2.5. Synthèse

La définition des médecins généralistes est floue et hésitante. Le DSM VI est cité comme référence pour la définition mais non explicité. Il ressort dans une grande partie des entretiens que la dépression est fréquente et c'est une pathologie que les MG rencontrent souvent. Certains estiment que les statistiques officielles seraient incorrectes, avec une sous-estimation de la fréquence de la dépression. La définition de la dépression est surtout clinique. On retrouve qu'une dépression est l'expression chronique, de l'ordre de plusieurs semaines, d'une association de symptômes. Si aucun médecin ne nous cite l'ensemble des symptômes décrits dans le DSM V, on les retrouve toutes réponses cumulées. On note que les plus cités sont les troubles de l'humeur et la perte d'élan vital et de plaisir. De plus, l'isolement et le deuil prolongé

sont aussi des symptômes définissant la dépression pour les médecins généralistes. Depuis le DSM V, ce critère de deuil, prolongé ou non, n'a plus d'influence sur le diagnostic de dépression.

5.2.3. Le repérage

5.2.3.1. Des difficultés pour répondre

C'est une question qui n'est pas facile, certains médecins évoquent notamment leur manque d'expérience et de recul sur l'efficacité de leur repérage. D'autres ne savent pas expliquer comment ils font leur repérage.

Dr 2 « ... (soupir puis sourire) la question est précise mais difficile. »

Dr 7 « Heu pour la personne âgée, alors pour ma faible expérience, parce que moi je suis installé que depuis 1 an ½. Et heu si j'ai fait des remplacements, heu c'était quand même, j'avais pas encore beaucoup de suivi de personnes âgées et, et des di... et pas forcément assez de recul vis à vis de ces patients. »

Dr 14 « Je saurais pas vous l'expliquer ça, ça c'est pas, c'est pas... »

5.2.3.2. Par la plainte spontanée du patient

Le premier élément de repérage est la plainte du patient, mais certains nuancent leur réponse : ce n'est pas le plus courant chez la PA.

Dr 1 « ... au bout d'un certain temps ça lui ruine le moral ! Il le dit d'ailleurs en général »

Dr 2 « beaucoup plus rarement par la personne elle-même. C'est vrai que c'est des personnes qui vont pas forcément se plaindre »

Dr 4 « Et puis après les gens parlent aussi relativement spontanément, quand ils vont pas bien »

5.2.3.3. Des signes qui doivent être recherchés par le MG

Chez la PA, les médecins évoquent la nécessité de rechercher les symptômes cachés, même s'ils n'identifient pas clairement le déclencheur de ce qui les incitent à aller dans ce sens. Le dialogue et leur empathie avec la PA est le point d'orgue de leur repérage. Dr 16 précise qu'il ne s'agit pas d'un dépistage systématique.

Dr 6 « c'est en discutant avec eux »

Dr 11 « Donc c'est vrai qu'il faut avoir un peu de temps pour pouvoir poser à un moment donné les bonnes questions ou leur tendre quelques perches pour voir comment ils les saisissent, quitte aussi à aller creuser »

Dr 12 « C'est vrai que là il faut se méfier un petit peu et puis rechercher un peu ce qu'il y a derrière. »

Dr 14 « Je saurais pas vous l'expliquer ça, ça c'est pas, c'est pas... (...) Mon neurologue préféré m'a dit que c'était pas parce que j'avais du flair, que c'était parce que je les écoutais »

Dr 16 « Alors j'avouerai que je vais peut-être pas chercher, pas forcément chercher chez tous mes patients à savoir si ils sont dépressifs ou pas. (...) Ça c'est vrai que je vais pas faire des dépistages de cette façon. »

5.2.3.4. Par la symptomatologie clinique

Les symptômes cliniques définissant la dépression servent évidemment aussi à repérer la DPA pour le médecin généraliste. Une PA présentant certains de ces signes cliniques sera donc soupçonné d'être dépressive. Toutes réponses confondues, nous retrouvons tous les critères du DSM V hormis les idées morbides ou suicidaires. Si pour les troubles de l'humeur, la perte de l'élan vital, et les troubles de l'appétit l'identification des symptômes paraît claire, la définition des troubles du sommeil ou de la fatigue inhabituelle est plus floue. Certains médecins sont moins loquaces et font référence à ce qu'ils ont déjà dits. Pour illustrer cette partie du travail, nous citons les éléments les plus marquants des verbatim, afin de justifier notre propos.

5.2.3.4.1. Les troubles de l'humeur

Dr 2 « des propos négatifs... ou ils expriment leur angoisse, bah le fait qu'il soit pas bien »

Dr 9 « ça peut être des gens qui sont tristes, ça peut être des gens qui pleurent »

5.2.3.4.2. La perte d'élan vital

Dr 2 « un comportement très passif ou on a l'impression qu'ils n'entreprennent plus rien »

Dr 8 « c'est quelqu'un qui a plus le goût de faire les choses, qui se, qui voilà, qui a plus le plaisir de se lever le matin »

Dr 11 « la perte d'élan, les angoisses, l'insomnie, oui j'ai oublié de citer tout à l'heure, la perte d'envie générale de l'existence »

5.2.3.4.3. Les troubles de l'appétit

Dr 6 « ils maigrissent parce qu'ils mangent plus »

Dr 7 « La perte d'appétit est un signe qu'on prend en compte qui... qui permet d'évoquer la dépression souvent. »

5.2.3.4.4. Les troubles du sommeil

Dr 10 « bah ouais il dort plus »

5.2.3.4.5. Le ralentissement psychomoteur

Dr 11 « alors évidemment un ralentissement »

5.2.3.4.6. La fatigue inhabituelle

Dr 4 « alors il y a l'asthénie, mais ça c'est fréquent chez les personnes âgées. »

5.2.3.4.7. La dégradation de l'estime de soi

Non citées explicitement, les médecins font référence à leurs réponses précédentes.

5.2.3.4.8. Les troubles de la concentration et les troubles cognitifs

Dr 4 « Les troubles de mémoire aussi, et de concentrations »

Dr 11 « associé très souvent à l'apparition ou à la crainte de troubles cognitifs »

5.2.3.5. Le MG connaît son patient

Le repérage serait aidé par la connaissance du patient et de son historique par le MG. Un changement dans l'évolution de la PA ou le ressenti du médecin est la source du repérage d'une éventuelle DPA. Ce ressenti n'est pas explicité : s'agit-il du langage non-verbal du patient ou de son discours ? On peut généraliser à l'empathie attentive du médecin et sa sensibilité aux changements psychologique, fonctionnel et autres de son patient.

Dr 10 « parce qu'on la retrouve pas telle telle qu'elle était aux consultations précédentes »

Dr 15 « Après il y a des, des gens qu'on peut sentir heu... 'fin surtout ceux qu'on suit depuis longtemps et qu'on voit régulièrement, qu'ont des pathologies chroniques ou autres, qu'on peut... sentir à un moment donné pas bien psychologiquement »

5.2.3.6. Les autres symptômes cliniques évoqués

5.2.3.6.1. Les changements de comportement

Parmi les autres symptômes évoqués pour repérer la DPA, les médecins pensent aux troubles du comportement. Ils ont à l'esprit le diagnostic différentiel d'une maladie neurodégénérative. Pour eux il s'agit d'une perte d'allant majeure entraînant un arrêt de l'activité quelle qu'elle soit, en comparaison au rythme habituel de vie du patient.

Dr 2 « Avec un comportement très passif ou on a l'impression qu'ils n'entreprennent plus rien »

Dr 8 « un changement peut être de comportement voilà, un changement de comportement par rapport à ce qu'il faisait d'habitude »

Dr 9 « ça peut être des gens qui sont actifs qui diminuent leur activité »

Dr 14 « soit c'est des gens qui ont des changements de comportement éventuellement par rapport à... (...) après les, les anciens ça peut être de l'agressivité, après ils peut y avoir les autres symptômes hein mais moi, moi je verrais plutôt des changements de comportement effectivement... qui ont rien avoir forcément avec des troubles cognitifs

5.2.3.6.2. L'isolement social

Une PA qui perd ses relations sociales peut être repéré comme dépressive. Il peut s'agir des liens familiaux mais aussi amicaux ou se manifester par l'arrêt des sorties de loisirs. Il s'agit d'une manifestation objective des symptômes parfois cachés de dépression.

Dr 4 « ... l'isolement »

Dr 8 « Puis qui reste un peu confinée chez elle »

Dr 11 « la perte (...) de l'intérêt pour les sorties, les petits enfants, la famille et cetera »

5.2.3.6.3. Les plaintes somatiques et, ou plaintes multiples

Certains médecins repèrent la DPA aux plaintes des patients. Ces plaintes parfois somatiques sont en général non-justifiées organiquement ou surviennent dans un contexte particulier. Il peut s'agir d'une angoisse, voire d'une phobie, imprécise et, ou injustifiée. Par ailleurs, des plaintes multiples peuvent aussi mettre la puce à l'oreille du MG puisque c'est une façon cachée de réclamer l'attention du médecin et de signaler une demande d'aide. Dans le discours des médecins, on perçoit qu'ils se méfient de négliger un discours répété et automatique, qui peut cacher une véritable dépression.

Dr 1 « c'est les gens qui se plaignent heu de tout et n'importe quoi heu c'est... on peut même dire hypochondrie... y en a aussi la cancérophobie ... »

Dr 3 « ... y a de multiples plaintes qui peuvent intervenir, aussi bien des plaintes heu comment dire heu... d'ordre psychologique, mais des plaintes somatiques qui vont... qui vont venir se surajouter à ça et qui à mon avis ses plaintes somatiques sont importantes d'autant plus que...comment dire heu... quand ils ont mal au dos c'est qu'ils en ont plein le dos. S'ils ont mal au dos c'est peut-être pas automatiquement un problème ostéo-articulaire »

Dr 10 « parce qu'elle nous dit être essoufflée en allant marcher alors qu'avant elle marchait très régulièrement et qu'il n'y a pas forcément de cause cardio entre guillemets ou pulmonaire »

Dr 11 « je veux dire bon, un mal de dos qui comme par hasard devient envahissant, heu un trouble digestif beaucoup, bon bah voilà, une espèce de mal-être général où ils arrivent assez rapidement à comprendre que bon quand même qu'ils viennent consulter pour un mal de ventre mais y a autre chose, ils ont envie de parler d'autre chose derrière. »

Dr 12 « il y a beaucoup de dépression masquée où les gens multiplient en fait heu... les signes pathologies et en fait c'est une manière pour eux de demander une prise en charge... somatique mais bien souvent psychologique. »

Dr 15 « des plaintes somatiques que...peuvent être heu liées à... à un état dépressif et pas que des dépressifs mais bon, et pas nécessairement juste à heu... une rengaine qui entraîne la plainte. »

5.2.3.7. Les autres points d'appel pour une DPA

5.2.3.7.1. Le ressenti du MG

On va retrouver la notion de « feeling » ou « flair » impalpable permettant le repérage d'une éventuelle DPA. C'est une notion en lien avec l'empathie du médecin qu'on retrouvera dans le diagnostic de DPA.

Dr 3 « âgée c'est souvent beaucoup plus sournois... avec beaucoup plus ... plus sur le feeling qu'on va le voir ... plus heu... »

5.2.3.7.2. L'observation et l'écoute

Ce ressenti vient d'une part du langage non-verbal des patients : de leurs expressions faciales mais aussi dans leur façon de se présenter chez le médecin. L'apparence extérieure reflète un lien entre une personne et le monde extérieur. La négliger peut révéler une rupture sociale et, ou une mauvaise vision de soi-même.

Dr 3 « c'est que j'ai besoin de regarder mes patients. Parce que ce qu'est... un truc tout bête c'est que la personne qui va me répondre « ça va bien » (ton grave et visage grave) ou « ça va

bien » (ton jovial et sourire) c'est pas la même réponse. Heu ...Donc heu... voilà. Le même texte avec la mimique n'est pas le même et la mimique peut peut-être suffire à dire « ha ! P'tête qu'y a quelque qu'il se passe »

Dr 6 « le premier signe pour moi c'est la négligence. Euh... alors nos... alors parce que chez les femmes, quand nos petites mamies commencent à arrêter de se pomponner, c'est pas bon signe du tout... »

5.2.3.7.3. Les pathologies chroniques et leurs traitements

Un changement inexpliqué dans des pathologies somatiques et, ou l'inobservance des traitements vont attirer l'attention des médecins généralistes.

Dr 6 « que les traitements ça devient n'importe quoi »

Dr 12 « quand ils commencent à avoir un discours qui se modifie, quand ils commencent à, à présenter une accentuation de leur pathologie, qui en fait ne devrait pas être parce qu'en fait ils ont des traitements bien équilibrés. »

5.2.3.7.4. Les antécédents psychiatriques du patient

Les antécédents de dépression du patient permettent un repérage plus rapide.

Dr 4 « après tout dépend si c'est un premier épisode dépressif chez une personne âgée ou si c'est quelqu'un qui a déjà fait des dépressions et qui reconnaît déjà une petit peu ces symptômes. »

Dr 11 « Heu alors il y a ceux qui ont déjà été, qui ont déjà ressenti des des dépressions au cours de leur vie, ça existe bien évidemment, alors eux vont être un peu plus étiquetés entre guillemets. »

5.2.3.8. Synthèse

C'est une question qui n'est pas facile. Des MG évoquent leur manque d'expérience et d'autres ne savent pas expliquer comment ils font leur repérage.

La plainte explicite du patient n'est pas considérée comme le cas le plus fréquent à l'inverse de la DPA masquée qui doit être recherchée par le MG. Il ne s'agit pas d'un dépistage systématique

mais d'une exploration du médecin sur des points d'appel difficiles à objectiver et multiples. On retrouve les symptômes définissant la dépression, ainsi que le comportement du patient, l'isolement social, et les plaintes somatiques multiples qui sont des signes d'alerte plus particulier à la PA. C'est la vigilance empathique du médecin qui permet souvent de repérer la dépression du sujet âgé. En effet, l'observation et l'écoute ont une grande place car le repérage se fait surtout à l'interrogatoire. Nous voyons aussi que toute rupture des habitudes du patient crée une alerte dans l'esprit des médecins. Ainsi la connaissance de leur patient, de ses antécédents, et l'expérience du médecin sont des éléments importants du repérage de la DPA. Nous verrons plus loin, le rôle important de l'entourage et les difficultés du MG pour effectuer le repérage.

5.2.4. Le diagnostic de la DPA

5.2.4.1. Les méthodes diagnostiques

Les MG diagnostiquent la DPA par l'interrogatoire. De la même façon que pour le repérage, leur ressenti et leur empathie entrent aussi en compte. Ils mentionnent la différence avec des pathologies où le diagnostic est plus facile car plus objectif.

Dr 4 « c'est plutôt un ensemble de critères d'interrogatoire »

Dr 8 « Ça se voit, j'ai pas besoin de la repérer ou de la chercher, ça se voit en fait hein. (...) En la voyant, en l'interrogeant, en la voyant »

Dr 9 « Le diagnostic ? bah c'est un diagnostic clinique (...) C'est un entretien, en posant un certain nombre de questions »

Dr 11 « c'est sur des impressions et un constat d'échange et sur l'interrogatoire surtout. Voilà, c'est pas une pathologie qu'on diagnostique par de la biologie ou de la, ou un examen physique quoi, voilà » ; « parce qu'on peut le flairer, en se disant c'est curieux pas comme d'habitude, je dirais qu'au départ c'est presque comme une impression »

5.2.4.2. Diagnostic d'élimination, diagnostic différentiel

La DPA peut être induite par plusieurs autres pathologies. Certains médecins mentionnent qu'il faut les éliminer afin de pouvoir porter le diagnostic de DPA. On retrouve plusieurs pathologies sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Dr 9 « c'est un diagnostic clinique et puis éventuellement d'élimination mais heu il faut effectivement éliminer les pathologies organiques sous-jacentes »

Dr 11 « Je dirais que ma tendance spontanée est à essayer d'évacuer, d'éliminer toutes pathologies organiques que je peux déceler qui peut être bon effectivement douloureux mais tout ce qui peut être réellement organique un problème d'infection, un problème de fécalome, un problème de heu comment dire de surdosage médicamenteux »

Dr 14 « C'est-à-dire quelqu'un qui, qui va dans une démence ou quoi, globalement que on va dire que si on est efficace avec un traitement assez bien ciblé et pas trop, pas trop agressif, c'est que, c'est ça marche. Après sinon c'est que ça dépend du neurologue et qui peut être va nous confirmer ou nous infirmer le diagnostic derrière. »

5.2.4.3. Le diagnostic nécessite du temps

Les médecins généralistes ne font pas le diagnostic de DPA sur une seule consultation, c'est une pathologie qui demande du temps. On pourrait supposer que cela relève des difficultés en lien avec les DPA masquées et les nombreux diagnostics différentiels existants.

Dr 5 « selon l'évolution de de... d'un mal être, si c'est ponctuel ou donc ça nécessite plusieurs entretiens »

Dr 7 « Donc la plupart du temps c'est quand un même un certain nombre de consultations. »

Dr 15 « Lentement (rit). Généralement c'est pas fait sur une seule, sur une seule consultation, heu surtout chez la personne âgée d'ailleurs. Chez les personnes âgées, bah généralement c'est plus heu... c'est plus oui sur une évolution et sur une ... un rendu »

5.2.4.4. Le diagnostic par un traitement d'épreuve

Certains MG font un traitement d'épreuve en cas de doute afin de différencier la DPA d'une autre pathologie.

Dr 10 « en cas de doute le traitement d'épreuve peut apporter une réponse aussi. On fait un traitement d'épreuve de 3 mois »

Dr 14 « (Pause puis répond en riant) si elle réagit bien au traitement on va dire, en gros. Je pense que c'est vrai. On va dire ça, on va dire ça. Je vais dire si elle réagit assez bien au traitement c'est qu'on s'est pas trop planté. »

5.2.4.5. Différence avec les jeunes patients

Le diagnostic de dépression chez une PA ne se fait pas de la même manière qu'un adulte plus jeune. Les MG mentionnent la variabilité clinique pouvant retarder le diagnostic et que la prise en charge est moins bien protocolisée. Nous reviendrons sur ces différences de façon plus exhaustive plus loin.

Dr 2 « Chez la personne âgée... La même façon que chez les autres »

Dr 14 « pas classique par rapport à, mais pas, pas, pas classique effectivement par rapport à la dépression de l'adulte jeune, ou de l'adulte classique qui est vraiment (fait un bruit en mimant un carré ancré) qui est cadrée qui est bien etcetera »

Dr 15 « Lentement (rit). (...) surtout chez la personne âgée d'ailleurs. »

5.2.4.6. Le diagnostic c'est un ensemble de symptômes

On peut reprendre la définition du DSM V à l'instar du repérage de la DPA. Nous ne reviendrons pas dessus. Les médecins insistent que le diagnostic se définit par plusieurs de ces symptômes.

Dr 3 « Alors sur un faisceau d'arguments. C'est un ensemble de choses »

Dr 8 « Et puis bah l'interrogatoire en voyant comment il se comporte et tout, c'est un ensemble de petites choses. »

5.2.4.7. Symptômes non-cités au repérage : les idées suicidaires

Non-citée pour le repérage, les idées suicidaires sont un critère diagnostic de DPA. Nous analyserons la perception des MG concernant la PA exprimant des idées de mort, suicidaires ou non, dans un chapitre dédié.

Dr 6 « Savoir si effectivement s'ils, s'ils sont mortifères »

Dr 12 « On voit quand même émerger hein des idées noires »

5.2.4.8. Repérage et diagnostic, une confusion ?

Sous tendu dans la plupart des verbatim, les réponses mélangeaient repérage et diagnostic. On sent chez certains une hésitation. S'agit-il d'une difficulté de connaissance ? ou plutôt que le repérage et le diagnostic se font simultanément pour certains médecins ? Ceci montre que ces 2 éléments de la DPA sont intimement liés en médecine générale.

Dr 1 « Bah je vous l'ai dit, quand il y a au moins 3 des 5 critères. »

Dr 5 « Heu alors, donc heu, bah y a, par les signes que j'ai décrits plus haut. »

Dr 13 « Bah sur les éléments dont on a parlé tout à l'heure. (Silence) »

5.2.4.9. Rôle de l'entourage comme aide au repérage et au diagnostic

L'entourage a un rôle important pour la détection de la DPA ainsi que pour porter le diagnostic. Il est parfois à l'origine de la consultation. Pour les MG, l'entourage comprend autant les proches (famille ou amis) que les professionnels de santé.

Dr 1 « je discute aussi avec l'entourage familial heu quand il y en a un »

Dr 3 « il y a la famille qui peut nous renseigner, y a le patient qui va nous renseigner, y a éventuellement ... heu... dans la famille il y a le mari les enfants et cetera, y a, y a... beaucoup d'éléments, c'est souvent de manière indirecte, un petit peu par la bande qu'on... qu'on a l'info »

Dr 7 « c'est surtout évoqué par l'entourage, entre autre en maison de retraite par le personnel, par la famille »

Dr 9 « on se fie aussi aux aidants, beaucoup aux aidants, beaucoup aux paramédicaux, pour faire le diagnostic. »

Dr 10 « Ça peut être aussi un repérage qu'on fait par un tiers »

Dr 15 « le plus fréquemment c'est les gens qui...viennent d'eux même parce qu'ils sont pas bien et que leur entourage leur a dit que... là ça allait pas du tout et qu'il fallait qu'ils bougent, enfin qu'il fallait qu'ils consultent. C'est vraiment le cas le plus fréquent. Heu... ça c'est sûr. ... vraiment de très loin le cas le plus fréquent. »

5.2.4.10. Synthèse

Les MG diagnostiquent la DPA par l'interrogatoire, et des critères subjectifs rentrent en compte tels que leurs ressentis. L'empathie a une grande place à la différence de pathologies où le diagnostic est plus objectif comme le diabète. Ils insistent que le diagnostic s'appuie sur plusieurs symptômes cliniques à l'instar du repérage. Les idées suicidaires sont par contre un critère diagnostic fort de DPA.

C'est un diagnostic qui nécessite du temps et du recul pour le médecin généraliste. Parfois il est fait à l'aide d'un traitement d'épreuve. Les nombreux diagnostics différentiels constituent un obstacle au diagnostic de DPA, et les médecins sont conscients qu'il est nécessaire de les éliminer avant de pouvoir porter avec certitude le diagnostic de DPA. Pour eux, le diagnostic de DPA est plus difficile à porter que chez un adulte jeune car la clinique est beaucoup plus variable. D'autre part, les médecins s'appuient sur l'entourage qui a un rôle non-négligeable, autant pour le repérage que pour le diagnostic de DPA.

Dans la plupart des verbatim, on note une confusion entre repérage et diagnostic de la DPA.

5.2.5. Utilisation d'outils spécifiques

5.2.5.1. La majorité ne les utilise pas

La plupart des médecins n'utilisent pas des aides pour le repérage ou le diagnostic de la DPA. Si certains le font, c'est loin d'être une conduite systématique, surtout chez les PA.

Dr 1 « chez la personne âgée, je préfère heu... je préfère faire, je préfère avoir une approche plus personnelle... »

Dr 8 « non »

Dr 9 « on l'utilise pas souvent chez les personnes âgées pas tellement »

Dr 11 « Ça m'arrive rarement »

Dr 17 « des échelles non, des outils bah oui médicamenteux »

5.2.5.2. Les échelles citées

Les échelles mentionnées se résument à la HDRS. Pour Dr 11, le DSM est une aide instrumentale.

Dr 7 « L'échelle d'Hamilton principalement. Uniquement même je dirais même »

Dr 10 « Alors l'échelle d'Hamilton, que j'utilise pour, en fait l'avantage de l'échelle c'est qu'elle donne un chiffre donc heu, j'ai l'échelle d'Hamilton et puis j'ai le ... je sais plus le sigle... l'ADS... j'ai un truc pour les personnes âgées, qui est spécifique de la personne âgée qui est sur l'ordinateur donc je fais pas gaffe, pas gaffe aux sigles »

Dr 11 « DSM IV et cetera »

5.2.5.3. Une méconnaissance évidente

Certains médecins ont la notion que des outils dédiés à la DPA existent sans pour autant les connaître mais d'autres admettent l'ignorer.

Dr 3 « Parce que j'en connais pas »

Dr 7 « moi j'utilise que celle-là. Plus ou moins parce que c'est la seule que j'ai appris à utiliser »

Dr 9 « Non j'arrive pas à me souvenir, je l'avais dans un tiroir mais je sais plus où elle est en fait. »

Dr 10 « et puis j'ai le ... je sais plus le sigle... l'ADS... j'ai un truc pour les personnes âgées »

Dr 11 « mais je n'arrive plus à me rappeler comment elle s'appelle cette échelle, donc vous voyez, je ne m'en sers pas si souvent que ça »

5.2.5.4. Les motifs subjectifs de non-utilisation

De nombreux médecins ont exprimés des raisons subjectives expliquant pourquoi ils n'utilisaient pas d'outils ou d'échelles dans leur pratique courante. On retrouve de la méfiance, l'inutilité dans la pratique, les habitudes de travail et des croyances.

Dr 1 « Parce que ce n'est pas adapté »

Dr 6 « j'ai pas le sentiment que ça m'aide beaucoup. (...). L'échelle heu, non. Tous ces trucs hyper rigoureux ça me gonfle. »

Dr 8 « parce que j'en n'ai pas besoin en fait (...) on va pas chercher, on n'est pas dans le diagnostic précis, on n'a pas besoin (...) C'est pas indispensable quoi »

Dr 9 « Je sais pas. C'est par habitude je pense »

Dr 14 « La fameuse échelle de Hamilton ou autre moi j'y crois pas. J'en ai entendu des vertes et des pas mures là-dessus c'est pour ça que pff(soupir), il y a des attitudes que j'ai entendu qui me paraissent bizarre. »

Dr 17 « parce que j'en ai pas besoin, comme sur la douleur, de savoir que, que la dépression soit à 10/10 ou à 2/10 je crois qu'après c'est en fonction de la tolérance hein »

5.2.5.5. Un impair dans la relation médecin-malade

Les médecins considèrent que l'utilisation d'un outil spécifique détériore la relation de confiance entre le médecin et son patient, d'une part en rompant le discours, et d'autre part en objetisant l'individu sans prise en compte de son historique et de son contexte de vie. Certains médecins considèrent ces 2 conséquences comme rédhibitoires, d'autres sont plus modérés dans leurs propos.

Dr 5 « Et que bon faut pas trop classer les choses et avoir plus une approche personnelle. »

Dr 6 « Et je trouve ça très impersonnel, et du coup d'imposer ça aux gens en leur disant écouter maintenant vous vous asseyez et vous allez répondre à toutes mes questions. C'est pas mon mode de fonctionnement relationnel avec mes patients donc ça me va pas bien. »

Dr 10 « je trouve ça un peu rébarbatif et puis ça fait un contact un peu bizarre je trouve, pour s'intéresser à la personne. » ; « parce que, pour pouvoir rentrer, entre guillemets, en résonance avec un patient qui se sent pas bien, j pense qu'il faut être vraiment dans le contact, dans la discussion, et que ces échelles à moins de les connaître absolument par cœur et de pouvoir les mettre dans tous les sens et de savoir les manipuler dans tous les sens, bah c'est pas si facile que ça et ça a tendance à hacher un petit peu le discours »

Dr 11 « ce n'est pas mon recours naturel, c'est sûrement intéressant, mais je trouve que c'est réduire l'individu à celui qui aura répondu aux bonnes cases quoi. C'est trop subtil comme sujet »

Dr 16 « la consultation pour une dépression c'est difficile d'être derrière son papier à cocher les cases »

5.2.5.6. Inutiles car le médecin connaît son patient

Certains médecins n'utilisent pas d'aides instrumentales parce qu'ils connaissent leur patient. Pour eux, connaître les antécédents et le caractère du patient et le voir évoluer permet d'augmenter leur sensibilité à cette pathologie. Ils ont ainsi une relation de confiance plus importante et sont plus sensibles à tout changement d'humeur et, ou de comportement.

Dr 1 « je connais en général mon patient heu donc l'histoire de la maladie je la connais euh... »

Dr 10 « parce qu'on la retrouve pas telle telle qu'elle était aux consultations précédentes »

Dr 12 « Hein puisque là moi j'arrive en fin (rit) en fin de parcours donc c'est des gens que je connais depuis longtemps et on échange assez bien parce qu'on se connaît bien. »

Dr 15 « Après il y a des, des gens qu'on peut sentir heu... 'fin surtout ceux qu'on suit depuis longtemps et qu'on voit régulièrement, qu'ont des pathologies chroniques ou autres, qu'on peut... sentir à un moment donné pas bien psychologiquement »

5.2.5.7. Le sixième sens du MG

Les MG n'utilisent pas des outils ou des échelles car leur repérage ou diagnostic se fait sur leur ressenti. Ils préfèrent se baser sur leur instinct empathique car il leur permet de voir au travers des DPA masquées. A l'aide de leur empathie, les DPA chez les patients qu'ils connaissent sont évidentes.

Dr 2 « C'est plutôt une impression qu'un véritable diagnostic »

Dr 5 « Non au cours de ma consultation c'est un ressenti général. »

Dr 6 « Les échelles c'est encore un truc très artificiel, quand on voit quelqu'un on coche des points, des machins allons bon. J'ai pas le sentiment qu'il y ai besoin d'une échelle pour savoir ça, qu'il y a un truc qui va pas. »

Dr 8 « d'abord ça se voit. Ça se voit, j'ai pas besoin de la repérer ou de la chercher, ça se voit en fait hein. »

Dr 10 « il y a une présentation un peu devinée derrière un polymorphisme très variable »

Dr 14 « Après j'ai un flair un peu pour ça » ; « ça me sers à rien. Je sais pas. Ça m'intéresse pas de remplir des cases pour cerner les gens. Je fonctionne pas comme ça. Ça passe plutôt par autre chose. »

5.2.5.8. Le manque de temps

Par ailleurs, les temps de consultation sont trop courts pour permettre aux MG d'utiliser ces outils. Ils sont trop long à réaliser et limiteraient leur disponibilité pour leurs autres patients.

Dr 2 « C'est souvent faute de temps. »

Dr 4 « Trop long pas de temps. (Rit) »

Dr 16 « on n'a peut-être pas suffisamment, il me faudrait un temps de consultation vraiment pour discuter et après un temps de consultation vraiment pour, pour heu, cocher les cases »

5.2.5.9. Les échelles : une fausse facilité ?

Si certains médecins reconnaissent que les échelles sont faciles à manier, ils expliquent qu'elles compliquent leur pratique quotidienne en prenant trop de temps.

Dr 5 « Ben parce que... pourquoi je sais pas ! (Sourit) bah parce que c'est plus, parce que c'est plus facile. »

Dr 10 « c'est très bien sur le papier ; dans la règle du quotidien, j'trouve que c'est si facile à utiliser »

Dr 14 « c'est super compliqué quand on est en cabinet de prendre trop de temps entre guillemets pour faire ça »

5.2.5.10. L'interrogatoire médical est considéré équivalent

Par ailleurs, la discussion du médecin et de son patient amène au même résultat que des outils spécifiques selon certains médecins. Ils estiment que les questions qu'ils posent au patient sont les mêmes que celle d'une échelle mais a l'avantage de ne pas rompre le contact. La seule nécessité est de prendre le temps d'un interrogatoire poussé.

Dr 2 « quand on on... je parle avec les gens, je trouve que c'est aussi efficace que d'utiliser une échelle que je trouve un petit peu anonyme »

Dr 7 « j'utilise plutôt inconsciemment quand je pose mes questions. Je veux dire, je la prends pas forcément point par point, mais c'est des points que j'ai en tête et que, et que j'utilise sans forcément faire une cotation, voilà, j'utilise les questions principalement. »

Dr 9 « C'est un entretien, en posant un certain nombre de questions, effectivement c'est, en fin l'échelle je l'utilise pas forcément mais les questions sont à peu près les mêmes à chaque fois hein »

Dr 10 « mais ça n'apporte pas grand-chose si l'interrogatoire est prolongé et s'il explore les différents éléments du quotidien de la personne. On va retrouver sur un interrogatoire prolongé les mêmes éléments qu'on va trouver dans le questionnaire »

5.2.5.11. Les échelles sont plus utilisées chez les patients jeunes

Dr 7 « Alors pas chez la personne âgée, rarement, rarement. C'est vrai que chez les personnes hum... on va dire oui, chez les personnes qu'ont un bon état cognitif où tout va bien ou qui se rapprochent beaucoup de la personne non- âgée, qui a peu de pathologies avec qui on peut bien discuter. Heu je vais essayer d'utiliser les échelles qu'on j'utilise habituellement. »

Dr 9 « c'est plus chez les personnes jeunes qu'on utilise l'échelle. Pourquoi ? Je sais pas. C'est par habitude je pense. »

5.2.5.12. C'est inadapté aux PA avec des troubles cognitifs

Les échelles sont utilisables que chez les PA avec un bon état cognitif ce qui n'est pas utile pour certains médecins. Ils préféreraient en avoir une pour les patients avec des troubles cognitifs car la discussion est plus compliquée. Nous reviendrons plus loin sur les difficultés diagnostiques chez les PA démentes.

Dr 1 « ce n'est pas toujours possible de remplir des, des, des grilles. Heu d'autant plus que heu... moi je vous l'ai dit, j'ai des patients déments heu donc parfois ce n'est pas possible de communiquer ! »

Dr 7 « chez les personnes qu'ont un bon état cognitif où tout va bien ou qui se rapprochent beaucoup de la personne non- âgée, qui a peu de pathologies avec qui on peut bien discuter. Heu je vais essayer d'utiliser les échelles qu'on j'utilise habituellement. »

5.2.5.13. Les avantages des outils spécifiques

Néanmoins, les aides spécifiques sont reconnues et utilisées par certains MG. Leur avantage se retrouve dans la recherche ainsi que dans la pratique de médecine générale car elles permettent d'objectiver la DPA. Ceci permet de lutter contre le déni et d'augmenter l'adhésion des patients récalcitrants à la prise en charge. Les échelles peuvent aussi aider à mieux appréhender une DPA masquée et à suivre l'efficacité du traitement.

Dr 10 « en soit c'est une bonne aide, (...) l'avantage de l'échelle c'est qu'on oublie rien parce que c'est marqué on passe d'une ligne à une autre. »

Dr 10 « Je l'utilise quand j'ai du mal à percevoir la profondeur de la dépression. »

Dr 11 « oui on peut dire que ça peut servir d'évaluation la situation avant pendant après un traitement »

Dr 11 « ça peut rendre service dans des cas un peu limites »

Dr 15 « Pratiquement parce que la... et bah parce qu'en fait le gros avantage, je pense pas que ce soit hyper intéressant, et hyper heu cadré, mais le gros avantage c'est que ça montre au patient que c'est potable et que ça donne une certaine réalité aux choses. »

Cependant, Dr 6 rappelle l'importance que ces échelles ne sont qu'une aide et ne remplace pas la décision du médecin.

Dr 6 « Je pense que c'est bien pour les gens qui font de la recherche pour essayer d'évaluer et pour pouvoir effectivement colliger et se faire des tables de résultats. Mais je pense qu'après ça ne peut servir qu'à donner une indication mais en aucun cas à devenir une pratique qui détermine ce qu'on doit faire »

5.2.5.14. Synthèse

La plupart des médecins n'utilisent pas des aides pour le repérage ou le diagnostic de la DPA. En effet c'est loin d'être une conduite systématique, surtout chez les PA puisque certains préfèrent utiliser des échelles chez le jeune patient. Les raisons à l'encontre de l'utilisation sont nombreuses et souvent subjectives. Le temps et la facilité de réalisation des échelles en pratique mettent en cause leur utilisation. De plus ces échelles pourraient être néfaste à une bonne relation médecin-malade. Leur empathie, dépendant de cette relation, fait partie de leur méthode de repérage et de diagnostic. De plus, les médecins considèrent comme atout leur connaissance du patient et d'avoir un dialogue ouvert avec lui. Même si un interrogatoire poussé prend du temps, il reste préférable puisqu'il est considéré comme équivalent et n'a pas les autres désavantages des échelles. De ce fait, les échelles deviennent inutiles en médecine générale. Par ailleurs, ils soulignent aussi que les échelles sont inadaptées aux PA avec des troubles cognitifs, patients chez lesquels ils ont des difficultés à repérer et diagnostiquer la DPA.

Cependant les outils spécifiques d'aide au repérage ou au diagnostic sont une aide reconnue par une partie des MG interviewés. Les échelles leur permettent d'objectiver la DPA et son intensité. En cas de doute, elles les aident à diagnostiquer la DPA et à améliorer l'adhésion thérapeutique du patient âgé.

On note une méconnaissance des MG concernant les échelles existantes d'aide au repérage ou diagnostic de la DPA, même si l'HDRS est souvent citée.

5.2.6. Pathologies pourvoyeuses de DPA

5.2.6.1. Réponse difficile

C'est une autre question difficile pour les médecins qui doivent y réfléchir et hésitent. La terminologie de la question pose problème pour un médecin. D'autres ont du mal à répondre car trop de choses leur viennent à l'esprit.

Dr 1 « (Soupire et réfléchit) ... Y en a tous pleins (sourit en parlant), y en a tout plein. »

Dr 2 « Après, heu... non j'vois pas d'autres pathologies spécifiquement ... Non qui me vienne à l'esprit comme ça. Non, j'sais pas »

Dr 6 « Donc il y a des tas de facteurs qui interviennent »

Dr 9 « Des pathologies pourvoyeuses de dépression... Alors je sais pas si ce sont des pathologies qui sont pourvoyeuses mais en tout cas il y a effectivement des pathologies associées, (...) mais pourvoyeuse mais après, je sais pas, ça dépend si on, il y a de tout, enfin je sais pas »

5.2.6.2. Un nombre trop important

Les médecins précisent qu'il y a de nombreuses pathologies qui sont pourvoyeuses de DPA ce qui peut expliquer leur difficulté à répondre.

Dr 1 « Y en a tout plein (sourit en parlant), y en a tout plein »

Dr 3 « ... j'crois que ouais, tout ce qui les affaiblit Je, je définirais pas autrement parce que sinon faudrait faire un catalogue qui serait trop long »

Dr 6 « Alors. Toutes. »

Dr 10 « Ouais je pense que la pathologie en général peut être source d'anxiété et de dépression. »

Dr 16 « des pathologies pourvoyeuses ? bah tout ce qui atteint l'état de santé peut potentiellement créer une dépression parce que, le mauvais état de santé quel qu'il soit (...) peut être source d'angoisse et heu, et de dépression. »

5.2.6.3. Toutes les pathologies chroniques sont potentiellement pourvoyeuses de DPA.

Dr 6 « toutes les pathologies qui deviennent un petit peu chroniques »

Dr 10 « qui marche de moins en moins bien, qui boite, qui devient dépendant petit à petit, il peut y avoir des phases de dépression, c'est pas très étonnant »

Dr 15 « Deuxièmement, heu... si c'est pas, enfin dans les pathologies, il y en a... pff presque tout ce qui est chronique peut à un moment donné peut chez certaines personnes induire des... des dépressions »

5.2.6.4. L'accumulation successive de pathologies

L'accumulation d'évènements néfastes, autant au niveau de la santé qu'au niveau social, mettent en jeu des phénomènes de résilience ou coping chez les patients. Les PA étant plus à risque de pathologies et toute pathologie les fragilisant, un évènement peut générer une déstabilisation globale de leur santé entraînant un cursus médical prolongé. Alors plus vulnérable, il peut y avoir une rupture de l'équilibre mental de la PA favorisant une dépression.

Dr 11 « Après peut être aussi une succession de poly pathologies et d'évènements organiques bien cadrés, bien pris en charge, ou plus ou moins qui donnent l'impression techniquement d'avoir bien été pris en charge mais de ses étapes on n'a pas eu trop le temps de discuter, d'expliquer, y a eu des malentendus dès le départ, ou y a eu un excès de de de précautions et finalement on a collé des angoisses terribles aux gens et bon je dirais que leur réaction c'est que je suis foutu voilà, donc heu voilà. Je dirais que c'est pas une pathologie en elle-même mais... »

5.2.6.5. La polypathologie

Très peu mentionnée, la polypathologie n'est pas clairement discutée mais perçue comme ayant le potentiel à être pourvoyeuse de dépression.

Dr 9 « il n'y a pas besoin d'être poly pathologique »

Dr 11 « Après peut être aussi une succession de poly pathologies et d'évènements organiques »

5.2.6.6. Des exemples de pathologies pourvoyeuses

Nous avons de nombreux exemples de pathologies pourvoyeuses de dépression. Si les antécédents de pathologies psychiatriques ont été mentionnés comme une aide au repérage de la DPA, ces pathologies ne sont pas mentionnées comme pourvoyeuses de dépression.

On retrouve des pathologies aiguës, qui peuvent faire effet de facteur déclenchant d'une dépression, et des pathologies chroniques qui sont exigeantes en termes de suivi et de prise en

charge. On peut supposer qu'une fois leur seuil de coping dépassé, tous les patients atteints de pathologies chroniques feront une dépression à l'instar de ce qui a été dit précédemment. Les pathologies graves favorisent aussi la dépression chez la PA. Les médecins ne précisent pas si l'incidence de la dépression est identique ou différente selon l'âge. Certains problèmes de santé non-pathologique sont aussi cités comme pourvoyeurs de DPA.

Les pathologies mentionnées concernent de nombreux systèmes et nous les listerons par souci d'exhaustivité.

5.2.6.6.1. Endocriniennes

On retrouve des pathologies dont un des symptômes peut être la dépression à l'instar de l'hypothyroïdie.

Dr 1 « hypothyroïdie »

Dr 10 « Prend le diabète, c'est fastidieux »

5.2.6.6.2. Rhumatismales et traumatiques

Typiquement le traumatisme peut engendrer une dépendance temporaire ainsi qu'une sensation de faiblesse chez la PA qui peut favoriser une dépression. Toute pathologie à l'origine de douleurs chroniques peut aussi être source de DPA.

Dr 6 « La fracture du col du fémur chez une personne âgée qui n'a pas d'entourage, pas de famille, pas de visites c'est une catastrophe. »

Dr 10 « Des choses aussi simples que l'arthrose. »

Dr 11 « Après je dirais les grandes pathologies inflammatoires aussi, je dirais que, peuvent pour moi aussi s'associer, alors après elles ne sont pas la cause de, je ne pense pas, mais mes connaissances sont peut-être un peu parcellaires à ce niveau-là »

Dr 15 « rupture multiple des tendons de la coiffe des 2 épaules, ça paraît absolument pas liés, sauf que c'est un patient qui ne vit que pour son jardin et qui ne peut pratiquement plus jardiner. Donc heu... (rit en disant la suite) ça a pas de corrélation qui paraissent directe mais c'est, mais je dirais que c'est le cas le plus fréquent »

5.2.6.6.3. Néoplasiques

Les pathologies néoplasiques pour la plupart incurable à moins de traitements lourds ont une conséquence sur l'espérance des patients et donc peuvent aussi être source de DPA.

Dr 9 « Après c'est tout ce qui est pathologie néoplasique aussi, les cancers, heu les gens ils sont, ils sont plus déprimés du coup »

Dr 17 « tout ce qui est pathologie de cancer »

5.2.6.6.4. Cardiovasculaires

La pathologie cardiaque est traditionnellement angoissante avec l'image que le battement du cœur est la vie. Certains médecins constatent que les cardiopathies peuvent être source de dépression chez la PA.

Dr 8 « une pathologie cardiaque »

Dr 12 « certaines pathologies cardiaques, c'est vrai que chez des personnes de 80 ans, on leur monte des stents parce qu'ils ont des problèmes, ils ressortent ils sont ... là c'est vrai qu'ils sont très déprimés »

5.2.6.6.5. Digestives

Non expliqué en détail, le fécalome est aussi perçu comme une source de dépression.

Dr 11 « un problème de fécalome »

5.2.6.6.6. Infectieuses

Dr 11 « un problème d'infection »

5.2.6.6.7. Rénales

Dr 1 « l'insuffisance rénale »

5.2.6.6.8. Hématologiques

Dr 5 « ça peut être aussi une anémie »

5.2.6.6.9. Dégradation de l'état général

Ceci est cité comme pourvoyeur de dépression mais peut aussi en être la conséquence ce qui rend le diagnostic différentiel plus difficile à réaliser.

Dr 1 « la dénutrition, voire la déshydratation... »

Dr 8 « tout ce qui, tout ce qui ne permet plus faire ce qu'il faisait avant »

5.2.6.6.10. Pathologies neurologiques et démentielles

Beaucoup des médecins vont mentionnés les pathologies démentielles comme pourvoyeuse de DPA. Pour certains c'est surtout au début qu'ils constatent l'association, et nous verrons qu'ils se sentent démunis dans la prise en charge de la dépression dans ce contexte. Concernant les patients déments avérés, ils ne peuvent exprimer une symptomatologie classique et nous avons vu que les MG ont du mal à faire le diagnostic. La DPA est en effet un des diagnostics différentiels de la démence et peut être le début d'une démence ou en être la conséquence quel que soit le stade de la pathologie. Le Dr 12 nous fait ressentir l'inéluctabilité de la dépression chez les patients Parkinsoniens.

Certains vont plus loin en évoquant l'ensemble des pathologies neurologiques chroniques.

Dr 1 « toutes les démences hein heu... Au début le, le patient qui, heu enfin heu le ... je parle des démences dégénératives, éventuellement vasculaires aussi »

Dr 5 « Et puis heu heu et ben l'Alzheimer hein. Les dégénérescences vasculaires. »

Dr 8 « surtout tout ce qui est troubles cognitifs et tout. Il y a une période où le patient en a conscience que ça le déprime c'est sur ça »

Dr 12 « Tout ce qui est pathologie neurologique, en particulier le Parkinson ça s'arrête jamais »

Dr 11 « les pathologies neurologiques au sens large, chroniques »

Dr 12 « Tout ce qui est pathologie neurologique »

5.2.6.6.11. L'addiction alcoolique et autres toxicomanies

Les toxicomanies peuvent être source ou conséquence d'une dépression, pour Dr 1 c'est l'alcoolisme qu'il rencontre le plus souvent chez les PA dépressives.

Dr 1 « Des gens qui ont recours, heu, à l'alcool comme antidépresseur, hum... voir à d'autres toxiques. Mais bon, c'est quand même surtout l'alcool qui est le plus fréquent, heu... ça, ça fait partie des éléments qu'il faut avoir à l'esprit pour eux, quand on connaît les gens, quand on les voit se dégrader, il y a souvent, heu, l'alcool qui est derrière »

5.2.6.7. Pathologies avec atteinte de l'autonomie et, ou de la dépendance

Certains médecins regroupent les pathologies pourvoyeuses sous un trait commun : celles qui entraînent une dépendance ou une perte de l'autonomie. Ces pathologies les forcent à s'appuyer sur les autres mais surtout les empêchent de réaliser ce qu'ils aiment. La perte de plaisir et d'intérêt peut entraîner une dépression si la PA ne s'adapte pas à ses capacités réduites.

Dr 4 « Parce que les gens se rendent compte, se rendent compte qu'ils deviennent de plus en plus dépendants ça arrange pas leurs affaires, la dépendance. »

Dr 6 « Je pense que toutes les pathologies chroniques et qui impactent l'autonomie et et la dépendance sont, entraînent la dépression. »

Dr 10 « Parce que toutes les pathologies qui sont susceptibles de diminuer l'individu, et de le rendre dépendant, peuvent générer de la dépression. »

Dr 13 « toute pathologie qui entraine une réduction de l'autonomie donc heu les gens se sentent diminuer donc ça peut générer, ça peut être à l'origine d'un état dépressif. »

Dr 15 « les gens se rendent compte que leurs capacités physiques diminuent, et que surtout ça les gêne dans la vie courante et ça les empêchent de faire ce qu'ils aiment, et que là ils se retrouvent en... en fait placer en, en situation d'handicap hein. C'est là, c'est ça le fond du problème... le plus souvent. »

5.2.6.8. La iatrogénie

La iatrogénie peut être considérée comme une conséquence médicale néfaste engendrée par un traitement. Elle est discrètement mentionnée comme pourvoyeuse de DPA.

Dr 11 « un problème de heu comment dire de surdosage médicamenteux »

5.2.6.9. Pathologies et notion de fin de vie

Toutes les pathologies qui rappellent à la PA sa fin de vie ou pouvant écourter la vie sont potentiellement pourvoyeuses de DPA puisque nuisant à l'espoir de ces patients. En effet, elles peuvent être source de souffrance et l'approche de la mort peut être source d'angoisse et de désespoir.

Dr 3 « ce qui leur rappelle que quelque part on se rapproche de ... de, de, de l'échéance finale »

Dr 10 « Tout ça peut générer beaucoup d'angoisse, et puis beaucoup de... de sensations de... de déchéance physique. »

Dr 12 « c'est vrai qu'ils sont très déprimés parce que ils ont un peu l'impression de frôler la mort »

Dr 17 « en général ils veulent pas souffrir, ils veulent partir au plus vite, surtout s'ils savent que bah... qu'il n'y a pas de possibilités de guérison »

5.2.6.10. Pathologies atteignant la descendance

La PA dont la descendance souffre de problèmes médicaux se retrouve en situation à risque de dépression. En effet, souligné par Dr 6 c'est la notion naturelle et animale que ce devrait être la PA malade et non l'inverse. Ils sont ainsi dans impossibilité d'aider leur famille.

Dr 6 « C'est toutes les pathologies sévères ou chroniques dans la descendance. (...) Ça c'est un truc où, chez les gens suffisamment lucides hein, qui admettent très très mal que l'ordre des choses ne soit pas respecté. »

5.2.6.11. Des pathologies qui ne sont pas pourvoyeuses

Certains médecins considèrent que certaines pathologies ne sont pas pourvoyeuses, pourtant citées par d'autres médecins comme les cardiopathies.

Dr 11 « Après pas le sentiment qu'un diabète ou qu'une insuffisance cardiaque et cetera, c'est trop... alors tout ce qui est cardiaque, c'est tellement physique, c'est tellement bien cadré, que ça peut donner de l'angoisse mais c'est pas de la dépression pour moi »

5.2.6.12. La cause on s'en fout, l'important c'est la prise en charge

Dr 14 ne cite aucune pathologie pourvoyeuse de dépression mais va mentionner les problèmes d'origine sociale comme cause de DPA, mentionnant qu'il ne peut pas les traiter. Pour lui l'important c'est la prise en charge.

Dr 14 « Là je vous dirais non. Non bon... je suis pas... je suis pas dans le fonctionnement de chercher forcément les facteurs déclenchants. (...) Mais je veux dire globalement voilà quoi, des personnes âgées qui, qui font un deuil, qui dépriment derrière, la cause on s'en fout, on la connaît et on peut rien y faire donc ce qui m'intéresse plutôt c'est la démarche qu'il y a après »

5.2.6.13. Synthèse

C'est une question difficile pour les MG car il existe un nombre important de pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée. Tellement nombreuses, que la poly pathologie est presque occultée de leur argumentation. Ils résumant et inclus l'ensemble des pathologies chroniques, le risque lié à une accumulation de pathologies successives, et les pathologies engendrant une dépendance ou une perte d'autonomie. L'hypothyroïdie et les démences sont le plus souvent citées. De plus, tout ce qui peut rappeler ou accélérer l'avenir mortel du patient est un vecteur potentiel de dépression. De façon plus indirecte, la pathologie chez les descendants peut aussi générer une dépression chez la personne âgée.

5.2.7. La société et l'environnement de vie : pourvoyeurs de DPA

La société et l'entourage ont une grande influence sur la DPA selon les médecins.

Dr 4 « qu'il y a quand même un phénomène sociétal »

Dr 16 « je pense que la société est grosse pourvoyeuse de dépression »

5.2.7.1. L'évolution de la société

Pour certains MG, la PA n'est plus capable de s'adapter face au changement. Leur résilience est moindre en lien avec le vieillissement.

Dr 6 « ce que j'en pense c'est que c'est juste une inadaptation heu... face au stress de la vie et du ... chez les personnes âgées, du vieillissement »

La vie professionnelle des descendants serait aussi plus difficile à vivre pour la PA, car elle crée une pression de rentabilité, engendre du stress et force l'éloignement des familles.

Dr 1 « on a des... des... des générations qui sont de plus en plus éclatées et... et heu... avec des liens sociaux qui sont distendus. Les gens heu... voient leurs aïeux de manière de plus en plus ...euh Espacées... donc tout ça ça concoure à ...à... à aggraver éventuellement un état dépressif, c'est sûr, c'est sûr. Mais bon, c'est difficile d'aller contre, on peut pas empêcher les gens d'aller... d'aller trouver du travail ailleurs. Voilà, voilà. Donc c'est un vaste débat. Moi j'ai pas de solution »

Dr 10 « Gros problème de société. Très sous-estimé. Et heu et je pense qu'on est dans une société qui génère beaucoup de troubles dépressifs. Parce que... moins de cohésion sociale, plus de ... plus de notion de productivité, plus de mise sous tension de l'individu, alors qu'on devrait avoir normalement un confort. On est dans un confort et malgré ce confort-là, les gens sont anxieux, sont stressés »

La PA est aussi exclue de notre société actuelle individualiste, ce qui favorise l'isolement et donc la dépression.

Dr 11 « Leur donner une place. Leur donner ... et je dirais dans certains cas pour beaucoup leur redonner une place, parce qu'on est pas très, on n'est pas dans une société quand même qui intègre beaucoup, qui intègre beaucoup la personne âgée. C'est très individuel et, et les générations ne vivant plus sous le même toit, ce qui est sûrement un bien parce que je pense qu'on aurait un mal de chien à se supporter mais, heu, c'est pas simple d'avoir le lien. Quand on est plus jeune, je dirais qu'à l'âge où je suis, on s'y intéresse un peu plus, quand on passe la cinquantaine on comprend certaines choses un petit peu mieux qu'on ne les comprenait à 20 ou 30 où ce n'était que de la théorie. »

Dr 12 « Chez les personnes âgées la dépression est souvent lié à l'âge à la déconnexion avec le restant de ... des gens plus jeunes, hein et l'impression d'être mis à l'écart et de ne pas faire partie de la vie habituelle. »

5.2.7.2. Le déroulement de la vie et l'évolution de l'environnement socio-familial

De même, des évènements de vie peuvent être à l'origine d'une DPA : les deuils, des conflits familiaux ou l'ensemble des soucis que le déroulement d'une vie peut amener.

Dr 9 « il y a quand même des dépressions réactionnelles »

Dr 11 « évidemment c'est pas une pathologie mais je dirais un deuil prolongé, mal vécu, un peu au-delà des limites admises pour gérer ce genre de situation »

Dr 14 « après il y a plein de choses, les affaires de famille, les machins, enfin etcetera, j'en ai quelques un des, des petits vieux qui pètent les plombs parce que parce que c'est compliqué entre les enfants, parce qu'il y a des successions, parce qu'il y a des, voilà, parce qu'il y a plein de choses et qu'il arrive un âge où effectivement les pertes de conjoints etcetera etcetera quoi »

Dr 15 « Alors la vie d'abord, premier motif. (...) dans le sens ben elle apporte des évènements heureux et malheureux et que les, que les chaos peuvent faire heu, qu'on peut réagir par une déprime oui. »

La vie peut en effet réserver de mauvaises surprises non-voulues et imprévisibles. Ces successions d'évènements peuvent avoir un effet cumulatif augmentant le risque de dépression chez la PA.

Dr 1 « Oui, parce que ...hum... par le contexte est, est, est heu ... entre guillemets défavorables. (...) Et quelques fois, il traîne dans son histoire personnelle heu, des traumatismes très anciens. Voilà. Et donc ça s'accumule. C'est comme si ... si y traînait des boulets quoi. Voilà. Et donc euh ... c'est pas facile de continuer à avancer quand on traîne des boulets. Donc, c'est, c'est une accumulation, c'est ça que je veux dire. (...) on est en fin de vie on a, on a pris des claques hein heu... voilà.

En termes d'évènements de vie, la situation économique du patient influencerait sur le risque de DPA. Selon un médecin, une bonne situation financière protègerait de la dépression

Dr 8 « Mais c'est tellement différent, il y a des biais parce que là on est dans une petite région, un petit secteur de l'ouest lyonnais où c'est résidentiel. Toutes les personnes âgées que j'ai elles sont en pleines formes, même mieux que vous et moi (sourit) ! Donc elles sont, il y a un haut niveau de revenus, donc il y a pleins de facteurs qui jouent. Comparé à une banlieue, où les personnes âgées sont toutes seules dans leur appartement elles en bougent pas, c'est différent. Je pense qu'il peut y avoir beaucoup de situations différentes »

5.2.7.3. La DPA favorisée par l'isolement et la rupture avec l'entourage

Les familles évoluent avec la société dans laquelle nous vivons, notamment les nouveaux modes de communication et l'accès à des régions lointaines plus facilement. Actuellement, les médecins déplorent que les familles soient de plus en plus éclatées et qu'il n'y ait plus la culture de l'aide à la personne âgée. De plus, un rapprochement familial mal géré peut créer une rupture avec l'entourage extra-familial, parfois aussi important que la famille, pouvant aussi favoriser la DPA. Ainsi, une PA qui a le sentiment d'être isolée est plus à risque de dépression.

Dr 1 « l'évolution des gens âgés aujourd'hui, ils ont tendance à se retrouver très isolés de leur famille, se retrouver en maison de retraite ou dans des EHPAD. Alors qu'autrefois ils étaient pris en charge dans leur famille, et ça ça change tout. »

Dr 4 « Donc voilà, c'est des gens qui sont isolés chez eux, alors est-ce que c'est la dépression qui les a, alors est ce qu'après c'est parce qu'ils se sentent trop seuls »

Dr 6 « si il y a pas suffisamment d'entourage ça va droit dans le mur. »

Dr 6 « Quand ils y allaient qu'il faisait 300 bornes, ils y allaient peut-être que tous les 3 mois mais ils y passaient 2 jours. Là la fréquence est pas la même et la personne âgée qui était là-bas avait des amis sur place ou des gens qu'elle connaissait. Quand ils l'ont amené là, il y a plus personne. Donc il y a une rupture de l'entourage, des amis, des copains, voilà et finalement la famille y va pas plus souvent et leur demande pourquoi elle est là et elle est en déprime. Et ça je vous garantis que c'est terrible. Et c'est systématique hein »

Dr 8 « L'isolement, quand il commence à s'isoler, quand ils sont tout seul chez eux toute la journée. »

La prise en charge est facilitée et meilleure chez une PA entourée et inversement.

Dr 4 « ça dépend ce qui leur tombe dessus quoi, des solutions quoi, plus de maison plus d'enfants plus rien quoi, c'est pas le même chose que la petite mamie qui vit chez sa fille qu'on voit tous les jours quoi. La plus grosse difficulté je pense que effectivement, c'est p't'être, je pense que c'est l'encadrement, c'est même sûr. »

5.2.7.4. Le traumatisme de l'institutionnalisation

Certains médecins pensent que les PA en EHPAD sont plus déprimées. Ils l'expliquent par la perception du patient d'être au bout de la route. Ceci peut faire référence à la notion commune que la maison de retraite serait un mouvoir.

Dr 2 « justement ils ont plus de projet de vie quand ils sont en maison de retraite, parce que justement, on leur en fait mais eux n'en n'ont plus. »

Dr 9 « et puis la plupart des gens déprimés c'est vrai on les voit plutôt à la maison de retraite. »

Par ailleurs, il est mentionné par Dr 11 que les activités en EHPAD ne sont pas adaptées aux PA car elles n'ont pas toutes les mêmes capacités cognitives. Cela peut renforcer le mauvais vécu de l'institutionnalisation avec la sensation d'incompréhension et d'isolement.

Dr 11 « les animations qu'on fait en maison de retraite me mettent toujours quelques fois un petit peu en porte-à-faux, parce que je me dis quand même quand on leur donne, parce que pour certains c'est une activité de maternelle adaptée à des personnes âgées. Mais mais heu... je dirais qu'il faut arriver à doser entre, entre les capacités cognitives et les capacités psychiques qui sont souvent entremêlées et souvent perturbées. Mais je dirais qu'il faudrait plusieurs niveaux. Je dirais qu'il y en a qui vont être très heureux d'empiler des cubes, de faire des jeux en bois, de de de jouer au loto, de lancer des ballons, et il y en a pour qui effectivement c'est c'est beaucoup trop bas quoi. 'fin voilà. Il faut un niveau, mais qui ont pas l'élan suffisant pour le faire tout seul, il faut, qui faut effectivement stimuler. Alors on y réussit plus ou moins hein c'est vrai. »

5.2.7.5. Synthèse

La société et l'entourage ont une grande influence sur la DPA selon les MG. L'isolement est un facteur précipitant mais aussi aggravant la dépression. Certaines personnes âgées ne sont plus en mesure d'être en accord avec le fonctionnement de la société actuelle. Avec les voyages facilités et les obligations professionnelles, les familles s'éloignent de leurs origines et les PA peuvent d'autant plus souvent se retrouver isolées. De plus, les PA peuvent avoir des difficultés à trouver leur place ou leur rôle dans notre société qui évolue rapidement, augmentant aussi le décalage avec la population plus jeune. Par ailleurs, les PA accumulent des événements de vie autant au niveau social, économique ou familial dont le vécu difficile pourrait aussi favoriser la DPA. L'entrée en EHPAD peut être un de ces événements et les médecins constatent que les PA en EHPAD sont plus souvent atteintes de dépression.

5.2.8. Gravité de la DPA

5.2.8.1. Une maladie grave d'emblée

La dépression en elle-même est grave chez la PA. Ses conséquences peuvent être dramatiques au niveau somatique, souvent chroniques et parfois fatales.

Dr 8 « ... bah de toute façon c'est déjà grave »

5.2.8.2. Signes cliniques et pathologies cachées

Les médecins retiennent avoir des difficultés à repérer les signes de gravité et une DPA cachée est grave.

Dr 8 « c'est difficile à voir on peut pas tellement s'en apercevoir en fait des signes de gravité. »

Dr 14 « Ceux qu'on voit pas on va dire. Bah si si, moi je dirais plutôt, à la rigueur je dirais plutôt, ouais on va dire... le fait qui cache, éventuellement qu'ils arrivent à cacher les choses, on va dire plutôt ouais. Quelqu'un qui...le mutisme on va dire entre guillemets. Quelque qui arrivera à cacher vraiment ce qu'il a au fond. Ceux-là ils sont, c'est peut-être, c'est peut-être les plus durs à prendre en charge et à, et à soigner derrière parce qu'il faut les dépister. (...) Critère de gravité pour moi c'est ceux qui, c'est ceux que j'arrive pas à dépister en fait. »

Dr 15 « Le premier problème c'est heu... que ça dure depuis longtemps et que les gens consultent pas. »

5.2.8.3. Les formes cliniques graves

Ils existent des formes cliniques graves de dépression, certains médecins évoquent la mélancolie mais aussi le syndrome de glissement. Ce dernier est débattu mais fait référence à une conduite abandonnant toute activité, y compris des obligations vitales comme boire ou manger, menant rapidement vers la mort.

Dr 1 « la mélancolie »

Dr 13 « quand il y a un syndrome de glissement »

5.2.8.4. Les pathologies associées comme facteurs de gravité

Certaines pathologies associées à la DPA sont synonymes de gravité pour les médecins généralistes parce qu'elles complexifient la prise en charge : il s'agit des antécédents psychiatriques ou les démences.

Dr 10 « heu les patients qui ont déjà des antécédents psychiatriques ou un état démentiel, c'est un facteur de gravité car ça va être plus compliqué de les prendre en charge. »

5.2.8.5. La banalisation des symptômes

La minimisation et, ou la banalisation des symptômes par le patient sont aussi des signes de gravité pour Dr 4 puisqu'ils peuvent sous-entendre un déni et un refus de prise en charge.

Dr 4 « Puis en fait les personnes âgées heu, ils admettent, 'fin certains admettent aussi que ça fait partie du vieillissement, d'être dépressif. »

5.2.8.6. L'accentuation des signes cliniques

L'absence d'amélioration des signes cliniques d'une PA sous traitement est aussi un signe de gravité. La sévérité de la dépression ou la présence d'idées suicidaires viennent renforcer l'avis des MG qu'il s'agit d'une dépression grave.

Dr 3 « quand y a les signes plus marqués »

Dr 8 « enfin c'est un stade au-dessus quoi. »

Dr 10 « c'est vraiment cette intensité de dépression et ce suicid', ce risque suicidaire qui font je dirais la gravité immédiate. »

Parmi les signes cliniques cités on retrouve tel que précédemment les troubles de l'humeur :

Dr 2 « Et puis le discours négatif »

Les troubles du sommeil

Dr 9 « la difficulté à dormir »

Et la perte d'élan vital :

Dr 16 « la perte de l'élan vital »

5.2.8.7. Le ralentissement extrême

L'intensification de la perte d'élan vital, marquant une conduite abandonnique du patient, peut se manifester par une prostration qui illustre la gravité de la dépression.

Dr 1 « Le patient qui reste prostré dans son coin heu, qui a plus envie de rien heu... »

Dr 2 « que c'est surtout de la dynamique, qui fait que... bah ils n'entreprennent plus rien. »

Dr 7 « L'abandon total d'activité »

Dr 8 « c'est quelqu'un qui bougerait plus du tout »

5.2.8.8. La dénutrition

La dénutrition et l'amaigrissement sont des facteurs de gravité puisqu'ils entraînent rapidement des conséquences vitales chez la PA. Certains MG prennent les troubles de l'appétit en compte dans le repérage et le diagnostic mais insistent sur la gravité en cas d'atteinte somatique.

Dr 6 « c'est c'est plus embêtant quand on a la sous-alimentation, le fait de se sous alimenter, on commence à attaquer des formes particulièrement sévères et assez difficilement réversibles. »

Dr 7 « L'arrêt de l'alimentation quand même très très important, qui est un signe de gravité important. Plus que le reste »

Dr 11 « S'il y a vraiment une anorexie et une perte de poids »

5.2.8.9. Les troubles cognitifs

Les troubles cognitifs sont cités comme facteur de gravité car ils complexifient la prise en charge. En effet, l'observance est plus difficile à évaluer.

Dr 5 « Ou qui a une désorientation »

Dr 11 « l'association effectivement aussi à... à une pathologie plutôt cognitive qui va rendre l'évolution un peu plus, un peu plus délicate »

Dr 14 « et puis il y a des vieux on sait pas ce qu'ils pensent, c'est entre les mélanges entre dépression et troubles cognitifs etcetera »

5.2.8.10. L'auto négligence

Les médecins sont attentifs à la présentation de leur patient puisque cela fait partie de leur repérage. Certains pensent qu'arrêter de prendre soin de son corps est un facteur de gravité. Il peut signifier l'abandon de l'intérêt envers son propre corps dont l'entretien (minimal) est vital.

Dr 1 « qui ne s'occupe... qui ne s'entretient plus »

Dr 6 « ... le fait de se négliger, même au niveau de l'hygiène et de tout ce qu'on veut »

5.2.8.11. Le refus de soin

Ceci est un facteur de gravité exprimé par un médecin qui vient rejoindre les précédents. Le refus de soins peut se manifester par le refus des traitements, des consultations ou des aides à domicile. A l'exemple d'un patient qui ne se nourrit pas évolue vers la dénutrition, l'absence de soins ne peut qu'entraîner la détérioration du syndrome dépressif vers une intensification des symptômes et une aggravation.

Dr 7 « c'est plutôt un abandon de l'alimentation des traitements ou des soins tout simplement »

5.2.8.12. Les idées suicidaires

L'identification d'idées suicidaires chez une PA signifie une dépression grave. Pour certains, il existe des nuances avec la notion de planification et de moyens.

Dr 2 « le fait qu'ils expriment ne plus avoir plus envie de vivre (...) ils ont plus envie de, de vivre et ils ont pas envie qu'on les aide à vivre »

Dr 10 « dirais les idées suicidaires, les idées noires, les tendances suicidaires, sont pour moi des facteurs de gravité »

Dr 12 « quand ils commencent à avoir des des idées morbides, quand ils commencent à parler de la mort, quand ils ... quand ils à vous dire qu'il y a plus d'intérêt pour la vie »

Dr 16 « heu les idées suicidaires avec heu, avec heu, mise en place de plans quoi, 'fin vraiment décrites »

5.2.8.13. La relation avec l'entourage

La consultation imposée par l'entourage est un signe de gravité pour un médecin. En effet, on retrouve l'idée que la PA minimise ses symptômes et éventuellement nie sa maladie rendant la prise en charge plus compliquée.

Dr 15 « Et que... et qu'ils ne sont, et que vraiment pour la personne âgée, qu'ils nous sont ... amenés entre guillemets de force par l'entourage. Alors ça, pas bon pas bon pas bon du tout. Ça vraiment pas bon... »

L'isolement social et l'absence d'entourage est un facteur de gravité en médecine générale. Il peut s'agir d'un isolement réel mais aussi d'un isolement ressenti par la PA.

Dr 4 « Celui que je trouverai le plus grave heu... c'est surtout l'isolement »

Dr 7 « Des fois aussi le contact avec l'entourage, mais c'est plus rare quoi, dans mon expérience. »

Dr 9 « quand les personnes veulent plus sortir de chez elles, n'ont plus de vie sociale heu moi pour moi c'est assez grave »

Dr 10 « et il y a des facteurs de gravité extrinsèques comme l'isolement profond »

Dr 12 « que ils se sentent seuls, qu'ils se sentent abandonnés par leur entourage »

5.2.8.14. Synthèse

Les facteurs de gravité sont le témoignage d'un abandon de la vie. Ils se manifestent par une négligence de soi-même avec un arrêt du mouvement, de l'alimentation et pouvant aller jusqu'au refus de soin. L'isolement et la nécessité d'imposer les soins sont des signes de gravité. Deux médecins citent des formes cliniques de dépressions graves : la mélancolie et le syndrome

de glissement. Le retentissement cognitif, l'association à des pathologies démentielles ou à des pathologies psychiatriques sont également considérés comme des facteurs de gravité car les prises en charge sont plus complexes. Les idées suicidaires font aussi partie intégrante des signes de gravité et font l'objet du chapitre suivant.

5.2.9. Le suicide chez les PA perçu par les MG

5.2.9.1. Exposition du MG et fréquence du suicide de la PA

Les médecins généralistes n'ont pas été beaucoup exposés au suicide de la PA mais ce sont des situations qui les ont marqués. Ils constatent le décalage entre leur pratique où ils en rencontrent peu et la fréquence importante du suicide chez les PA.

Dr 2 « J'en ai pas rencontré beaucoup. Ça fait 37 ans que je suis installé, des souvenirs comme ça, j'crois que j'en n'ai eu qu'un. »

Dr 4 « je pense que c'est assez fréquent hein, 'fin ici heu ici, ici pour l'instant j'en ai pas vu. »

Dr 6 « jusqu'à ce jour je ne pense pas avoir été confronté par ce type de problème dans ma patientèle. Parce que la seule personne qui s'est suicidée en tant que personne âgée c'est mon beau-père. »

Dr 7 « Bah, plutôt une inconnue, parce que j'ai pas, j'ai pas d'expérience de suicides de la personne âgée. »

Dr 11 « c'est là que mon expérience et j'en suis heureuse, paraît moins péjorative que celle qu'on nous décrit, parce que j'ai fait ma formation de gériatrie, c'était vraiment, je veux dire le taux de suicide de la personne âgée avait l'air gigantesque. »

Dr 12 « j'en ai eu quelques un malheureusement. Ils m'en avaient parlé et j'ai pensé que les médicaments suffiraient et puis ça s'est plutôt mal passé donc heu... parce qu'ils sont passés à l'acte et on les a perdus. »

Dr 15 « Oui. Au moins de tête au moins 3 fois depuis que je suis installé. Peut-être 4 je ne me rappelle plus. »

Dr 17 « Jamais rencontré cette situation, jusqu'à maintenant »

5.2.9.2. Le suicide concerne les PA sans suivi médical

Certains médecins expliquent la différence entre les statistiques et leur expérience en supposant que ce sont les PA isolées et ne consultant pas qui passent à l'acte. Pour certains, les idées suicidaires sont rares chez les personnes âgées. De ce fait, le suicide est difficile à repérer et à prévenir chez la PA.

Dr 4 « Après ici y a des personnes âgées qui se suicident mais je suis pas sûr qu'elles aient un suivi médical non-plus quoi. Le refus de soins aussi hein, ça fait partie de, à mon avis de, de la maladie, parce qu'on passe pas à côté, 'fin on passe à côté du signal puisqu'ils se plaignent à personne »

Dr 15 « les... situations d'idées noires voire d'idées suicidaires. C'est quand même très très rare, très très très rare. Parce que justement ceux qui... dans les personnes âgées, qui se suicident, ben ils nous en parlent pas. Enfin ils consultent pas »

5.2.9.3. Rôle du MG lors d'une tentative de suicide

Les médecins ont en général été confrontés aux tentatives de suicide afin de constater le décès, trop tard pour toute action de soins. Dr 13 a été l'unique médecin à nous raconter l'histoire d'une prise en charge en urgence avec réanimation suite à une pendaison.

Dr 2 « on m'a appelé pour... pour constater le décès en fait. »

Dr 11 « ça m'avait largement refroidi, c'était entre guillemets mon seul pendu mais ça m'a suffi. Ça fait quand même un drôle d'effet quand vous allez constater la chose »

Dr 13 « Et bah là j'étais, c'est moi qu'il ait intubé, qui l'ai ventilé, donc je veux dire moi j'étais dans l'action donc euh... heu moi c'était surtout, j'avais surtout besoin d'être efficace »

5.2.9.4. Le passage à l'acte de la personne âgée

On retrouve des avis partagés concernant le passage à l'acte de la PA : Dr 6 considère que les PA ont moins d'idées suicidaires, avec une minimisation du risque de passage à l'acte, en opposition à d'autres médecins qui expliquent que les passages à l'acte sont fatals et trop bien réussis à cet âge-là.

Dr 6 « Les vieux ont plus de mal à se suicider. »

Dr 6 « ils ne sont plus suicidaires à cet âge-là de toute façon »

Dr 10 « Les passages à l'acte sont souvent et malheureusement très efficace chez la personne âgée. »

Dr 11 « Les vrais vrais suicides, parce qu'il peut, parce qu'en général ils sont très violents, et je dirais qu'ils se loupent pas. »

Dr 15 « d'une inexorable inefficacité »

5.2.9.5. Les formes de passage à l'acte

5.2.9.5.1. Le suicide passif et caché

Une des formes du suicide chez la PA évoqué par les médecins est le suicide passif par arrêt de l'alimentation ou des traitements. Pour certains médecins, cela est considéré comme un suicide caché. On peut se poser la question si la reconnaissance de cette forme de suicide se fait aisément ou non puisque cela changerait la fréquence du suicide que ce soit dans la perception des médecins ou pour les statistiques du CepiDC.

Dr 1 « Déguisés oui. »

Dr 1 « des patients qui refusent de s'alimenter. »

Dr 6 « alors pas du suicide actif mais du suicide un peu passif, en se disant je prendrais plus mes médicaments puis je verrais bien ce qui se passe, et puis ça se termine un peu plus vite et ben ça sera tant mieux »

5.2.9.5.2. Le suicide violent

Les autres suicides de PA sont violents, ce serait la forme la plus fréquente. Parmi les suicides rencontrés, les médecins évoquent la défenestration ou la pendaison.

Dr 2 « quelqu'un qui s'est défenestré »

Dr 11 « c'est en général extrêmement violent. » ; « une fois tout au début de mon installation, un monsieur (...) il s'est pendu. »

5.2.9.6. Les perceptions du suicide de la PA

5.2.9.6.1. Le suicide : un échec médical

Le suicide est perçu par la plupart des médecins répondants comme un échec. On remarque le thème des émotions à type de culpabilité, de colère, de déception et de tristesse avec une autocritique parfois évidente. Certains médecins sont comme résignés à leur incapacité à soigner, exprimant une humilité et une modestie dans leur pratique médicale.

Dr 1 « La faiblesse de croire que dans certains cas heu... euh... la dépression mène au suicide. C'est à dire que le patient heu déprimé, heu, choisit de rester déprimé pour dire j'en veux plus. Donc le simple fait de heu refuser de guérir, c'est aussi un moyen, heu, de, de passer de vie à trépas. »

Dr 3 « (Long silence... soupir...) quelque chose dramatique et un échec. Ça m'évoque un échec. Je me dis putain on est passé à côté de quelque chose quoi. »

Dr 6 « ... les gens se suicident quel que soit leur âge, heu... ce qu'il faut simplement comprendre c'est que, que, c'est la seule manière que les gens trouvent pour mettre fin à leur souffrance et que ça veut dire que... qu'on a échoué quelque part, qu'on n'a pas réussi à les accompagner. »

Dr 11 « ... alors, comme tout suicide, ça me met en, je veux dire on a un sentiment médical d'échec, parce qu'on se dit « qu'est que j'ai pas perçu » ça on se le dit tous hein (...) Alors s'il est inaugural alors c'est encore plus, et s'il est au cours de la thérapeutique c'est... c'est visiblement bon là on s'est planté dans les grandes longueurs et que bon, heu c'est une une des situations où on est le plus mal à l'aise en tant que médecin parce que on est toujours mal à l'aise quand on perd un patient »

Dr 12 « Malheureusement le suicide de la personne âgée c'est quelque chose qui existe »

Dr 14 « c'est pas franchement ce qu'on a fait de mieux, c'est pas, je suis pas, je parle pas de sensation d'échec ou quoique ce soit »

Dr 16 « On est là pour essayer de soulager tout le monde mais ... c'est pas facile »

5.2.9.6.2. Le suicide évitable et imprévisible

Parfois le suicide aurait pu être évité mais quoi qu'il fasse, le médecin ne peut pas toujours prévoir le suicide chez les PA. Les médecins le vivent alors comme une erreur, une mauvaise surprise qui les dérangent et les met mal-à-l'aise.

Dr 3 « Ya... j'ai un cas précis où je me suis fait piéger et j'ai pas vu venir. »

Dr 5 « peut-être que l'on devrait prendre les choses plus tôt et être un peu plus heu perspicace »

Dr 6 « Ce qui me gêne dans le suicide c'est quand les gens le font dans un moment de détresse aiguë, alors que il y a... il peut y avoir de l'espérance après ou derrière. »

Dr 10 « si les gens sont dépressifs, que, qu'ils ont, qu'ils émettent le désir de mourir, la première chose qui faut se poser, c'est, même s'il n'était pas dépressif, peut-être qu'il n'émettrait pas ce désir de mourir, et comme la dépression c'est une maladie, il faut le soigner, on va le sortir de cet état de, de demande de suicide. »

Dr 14 « il y en a une qui s'est défenestrée à la maison de retraite on l'a pas vu venir. »

5.2.9.6.3. Le suicide : une fatalité

Par ailleurs, le suicide est une situation inévitable en tant que médecin. Il s'agit d'un évènement sur lequel ils ne peuvent constamment avoir le contrôle. C'est avec humilité et recul qu'ils expliquent que ce n'est pas une faute. Le suicide est perçu comme le stade terminal de la dépression, qui évolue comme un cancer psychique, et si la PA le décide, rien ne l'empêchera de passer à l'acte.

Dr 8 « Ça fait partie d'une grande maladie un peu, ça fait partie de quelque chose qu'on peut tenter de limiter mais qu'on n'arrivera jamais à éliminer totalement quoi. C'est pas possible. (...) du moment que ça se produit pour moi c'était inévitable. C'est que c'était le bout de la route, c'était inévitable. »

Dr 11 « qu'il y a vraiment une démarche jusqu'au-boutiste »

Dr 12 « quand ils passent à l'acte bon bah ils ont décidé, décidé de mourir et heu...et ils meurent. (Silence) »

Dr 14 « je pense que pour arriver à un état, à être dans un état (pèse ses mots) suffisamment... compliqué pour avoir ses pensées là et surtout passer à l'acte, à mon avis on est suffisamment déconnecté de tous ce qui est à coté pour, pour que ça pose pas vraiment de problème à ce moment-là »

Dr 17 « c'est vraiment, pour moi c'est vraiment le stade ultime de la dépression, où plus rien n'y fait et l'envie de vivre n'est vraiment plus là »

5.2.9.6.4. Le suicide compréhensible voire excusable

Dans certains cas, le suicide est compréhensible pour les médecins. Ils ne parlent pas d'euthanasie mais ils expliquent qu'une PA avec un état de santé source de souffrances et sans espoir d'amélioration peut être excusée. On frôle la question de la vision morale du suicide dans notre société.

Dr 6 « Ce qui n'est plus le cas effectivement de personnes effectivement très âgées, très encombrées de poly pathologies, de plus en plus dépendants, ne pouvant plus bouger heu qu'en peut plus, qui a mal partout, fin bon voilà. Qui a un moment dit 90 ou 95 ans c'est bon, gardez vos cachets j'en veux plus, et puis basta. (Soupir) au risque de vous choquer moi personnellement ça ne me choque pas. Et je pense que je ferais pas grand-chose pour essayer de le convaincre de ne pas le faire. Je ferais rien pour l'aider (à se suicider) mais je pense que je ne ferais rien pour l'en empêcher. »

Dr 14 « par rapport à la personne âgée en elle-même, par rapport à cette mamie, pour moi elle s'est libérée donc, donc on n'a pas fait un feu de joie mais... mais je pense que... elle a eu, elle a eu la chance, elle, elle devait sûrement essayer de chercher le moyen ou le moment ou un autre de... de terminer ces existences pourries qu'ils ont en fin de vie souvent pour beaucoup »

5.2.9.6.5. Le suicide courageux et déterminé

Pour certains médecins le passage à l'acte demande une certaine volonté parfois même vu comme un courage. Le suicide peut être vu comme la dernière épreuve dans la vie qui susciterait presque de l'admiration de la part de certains médecins.

Dr 6 « Je pense que de toute façon il n'avait pas le courage de se suicider »

Dr 17 « Parce qu'en plus elle était très handicapée par de l'ostéoporose, par de l'arthrose, par plein de choses et pour arriver à monter sur une chaise et se jeter par une fenêtre, c'est quand même hein voilà »

5.2.9.6.6. Le suicide libérateur : un droit

Le suicide de la PA est aussi évoqué en dehors du contexte de dépression et les médecins discutent du sujet de l'euthanasie et de la dignité dans la mort. Cela évoque à nouveau la vision morale du suicide dans notre société où le suicide est vu comme un vice, un péché. Les médecins généralistes sont pour certains convaincus du bien-fondé du droit au suicide y compris assisté, quand d'autres sont plus modérés en évoquant un débat philosophique.

Dr 1 « en ce moment y a heu, une tentative de réécriture de la loi Léonetti ... hum ... avec tous les débats qu'on a pu voir. Je considère que... mes positions sont assez proches des positions de l'association 'Droit à mourir dans la dignité'. »

Dr 6 « Mais après dans certaines pathologies, dans certaines souffrances majeures, hum... on va rejoindre le droit de mourir dans la dignité ou de choisir... quand on peut mettre fin à ces jours et des histoires d'euthanasie active ou pas active. (...) je pense que pour certains patients âgés en ... en grande anxiété, qu'on vraiment plus envie d'avancé parce que ça devient vraiment trop compliqué... je me dis qu'ils ont le droit de choisir. »

Dr 10 « Après philosophiquement si une personne âgée, en pleine connaissance de ces moyens intellectuels, sans dépression sans rien, décide qu'à 85 ans il est temps qu'elle passe heu de l'autre côté, ça c'est, c'est un point de vue philosophique si son jugement n'est pas altéré par une déficience médicale, par, par une dépression ou par une maladie grave, parce que (...) si après la personne est à même à réfléchir là-dessus c'est un autre débat philosophique, c'est même plus un débat médical. »

5.2.9.7. Les émotions du médecin

Face au suicide d'une PA, le médecin est atteint et son ressenti est variable. On retrouve le thème de la tristesse, de la déception, de la culpabilité. On retrouve une gêne voire un malaise face à ces situations. Certains sont plus dans le recul de l'empathie et d'autres ne laissent rien transparaître de leur vécu émotionnel. La plupart des MG s'estiment chanceux de ne pas y être confrontés plus souvent.

Dr 2 « sur le moment c'est toujours très émouvant, mais ça m'évoque rien de bien précis. »

Dr 3 « (Long silence... soupir...) quelque chose dramatique et un échec. Ça m'évoque un échec. Je me dis putain on est passé à côté de quelque chose quoi. » ; « ça me gonfle. »

Dr 6 « c'est terrifiant (...) un problème heu, vraiment très individuel, très personnel. Donc heu compliqué. (...) ce serait dommage de se suicider (...). Je veux dire j'accepterai pas ça très bien » ; « Le suicide ne me traumatise pas en tant que tel si vous voulez, tout médecin que je sois. »

Dr 10 « je pense que c'est dommage de finir sa vie par un acte de ce type-là »

Dr 11 « Donc c'est très perturbateur évidemment comme tout suicide mais encore plus parce qu'il y a ce côté inéluctable, et je dirais qu'il y a vraiment une démarche jusqu'au-boutiste, heu ... donc je dirais que c'est surtout... alors, comme tout suicide, ça me met en, je veux dire on a un sentiment médical d'échec, parce qu'on se dit « qu'est-ce que j'ai pas perçu » ça on se le dit tous hein »

Dr 11 « ça met tout le monde mal à l'aise et je dirais que le médecin largement au premier plan »

Dr 13 « (Long silence) bah je sais pas quoi vous répondre là. »

Dr 14 « (Pause, réfléchit et soupir) ça dépend. (Rit doucement en répondant) c'est des questions pourries ça (rit doucement) qu'est-ce que ça m'évoque le suicide de la personne âgée, alors on va dire pour rester vraiment, vraiment très bas de gamme, la même chose que tous les autres suicides »

Dr 15 « Parce que c'est très souvent des gens qui consultent pas. Tout bêtement »

Dr 16 « Bah c'est bien triste d'en arriver là. »

Dr 17 « je touche du bois (rit et fais le geste en touchant son bureau). »

5.2.9.8. Synthèse

Les médecins sont rarement exposés au suicide de la PA ce qui va à l'encontre de leurs connaissances sur sa fréquence réelle élevée. Ils sont néanmoins tous capables d'en décrire le nombre et les circonstances, c'est un événement marquant. Certains pensent que les PA qui se suicident sont celles sans suivi médical donc impossible à aider. Les MG qui ont rencontré cette situation ont dû dans la plupart des cas se cantonner à constater le décès.

Pour les médecins il existe 2 types de suicides chez la PA : passif par le refus de soin ou l'anorexie, et le suicide violent comme la défenestration ou la pendaison. En termes de facilité de passage à l'acte des PA, les avis sont partagés. Les suicides peuvent aussi être perçus comme des échecs médicaux évitables mais parfois imprévisibles, ou comme une fatalité sur laquelle le médecin n'a aucun impact. Certains suicides peuvent être compréhensibles dans le contexte des fins de vie difficiles. Quelques MG évoquent alors le débat autour droit au suicide et son côté libérateur. Le passage à l'acte nécessite au regard des médecins de la volonté voire du courage. Par ailleurs, le médecin généraliste n'est pas insensible au suicide des PA mais les émotions ressenties sont complexes. On retrouve des émotions négatives telles que la culpabilité ou la tristesse, un recul empathique et parfois une pointe d'admiration.

5.2.10. Le discours de mort de la PA perçu par le MG

5.2.10.1. Une question qui choque

C'est une question mal-reçue par certains médecins. Certains l'ont trouvé intrusive. Par exemple, après une longue réflexion Dr 13 ne sait pas quoi répondre à cette question.

Dr 10 « c'est pas médical, c'est très personnel »

Dr 13 « (Silence) qu'est-ce que ça m'évoque ? (Long silence) bah je sais pas. »

5.2.10.2. Une évocation fréquente de la mort

Les PA parlent régulièrement de la mort notamment des PA en EHPAD. Certains médecins pensent que toutes les PA en parlent. A l'inverse, d'autres MG sous-entendent que ce n'est pas facile pour les PA d'en discuter.

Dr 2 « Je m'occupe d'une maison de retraite et en maison de retraite on l'entend au quotidien. »

Dr 8 « Mais ils en parlent pas, pas si volontiers que ça de la mort en fait. »

Dr 9 « elles parlent toutes de toute façon de la mort les personnes âgées, à un moment ou un autre. »

5.2.10.3. Le motif d'évocation de la mort

Plusieurs sujets vont amener les PA à discuter de la mort avec leur médecin : les événements graves familiaux, l'envie de mourir, ou l'anticipation de leur propre décès.

Dr 1 « Souvent, heu c'est à l'occasion de décès dans l'environnement, dans les relations, que ça vient ... sur le tapis »

Dr 6 « Il y a les gens qui vous parlent de la mort ou de mourir parce qu'effectivement ils sont en souffrance ils vont mal (...) Et puis il y a les cas de figure de gens qui effectivement vieillissent arrivent... un petit peu au bout du chemin »

Dr 9 « Heu soit parce qu'elles sont touchées par heu la famille, par euh... ; l'entourage soit parce qu'elles-mêmes, elles ont, elles ont envies de de mourir. »

Dr 11 « tout à fait légitime à l'âge où y sont, ou confronter à une maladie qui leur fait penser un petit peu plus à la mort. »

Dr 17 « parce qu'ils veulent s'organiser avant, savoir si c'est quelque chose qui se rapproche »

5.2.10.4. L'expressivité des PA

L'évocation de la mort par les PA paraît normale, voire légitime pour les médecins.

Dr 1 « D'abord, heu... c'est déjà bien qu'elle en parle. »

Dr 4 « 'fin déjà elle réalise qu'elle va mourir »

Dr 8 « Bah c'est normal, pour moi (rit). C'est normal on sait que ça se rapproche. »

Dr 9 « elles parlent toutes de toute façon de la mort les personnes âgées, à un moment ou un autre »

5.2.10.5. L'avenir du patient

Le thème de la mort permet d'aborder le sujet de l'avenir du patient et de ce qu'il espère de la vie. Les médecins pensent que cela permet le constat d'une inexorable réalité que cela soit envisagé avec calme ou désespoir. C'est une discussion sur l'avancée dans la vie et, ou la suite de celle-ci.

Dr 1 « On peut considérer que une ... les perspectives d'avenir quand on est dans une ... dans une heu, dans une EHPAD, bah c'est quelque chose d'assez sombre... »

Dr 2 « J crois que c'était un constat d'une réalité, les gens savent qui se rapproche du moment... de leur fin de vie »

Dr 3 « c'est la règle du jeu. Et ... qu'ils arrivent près de l'autre extrémité de la vie »

Dr 7 « en se disant qu'il y a plus rien à perdre, que leur vie est finie et que ça viendra quand ça viendra »

Dr 8 « De toute façon c'est inéluctable. (...) de toute façon plus on vieillit plus on se rapproche. (...). Ça viendra quand ça viendra. »

Dr 11 « dans la logique des choses et dans leur parcours de vie. »

5.2.10.6. Le ressenti du MG

Les médecins généralistes réagissent de façon différente face à la PA qui parle de la mort. Certains considèrent cela comme normal voire même sain. D'autres l'ignorent ou considèrent

cela comme un appel à l'aide. L'abord de ce sujet fait ressentir des émotions aux médecins : on retrouve l'empathie, la colère ou la peur mais ils ne semblent pas mal à l'aise face au patient.

Dr 2 « Moi, ça m'évoque, fin je, un état de mal-être ça c'est sûr, mais qui est plus lié à l'âge qu'à une véritable dépression. J'avoue que c'est, que j'en tiens compte qu'à moitié en fait quand ils en parlent (...) J crois que c'était un constat d'une réalité, les gens savent qui se rapproche du moment... de leur fin de vie, et que souvent bah ils ont plus envie de vivre. »

Dr 7 « ça va évoquer quand même un début d'abandon heu... de, de sa vie passée. »

Dr 8 « Bah c'est normal, pour moi (rit). C'est normal on sait que ça se rapproche. L'angoisse de la mort... ça m'énerve un peu aussi... » ; « en fait j'élude le problème. Je leur dirai presque que ça m'intéresse pas. De toute façon c'est inéluctable. Une personne âgée qui parle de la mort pour moi ça me paraît aussi normal de toute façon plus on vieillit plus on se rapproche. Autant quelqu'un qui meurt à 50 ans ou 40 ans c'est du gaspillage, mais quelqu'un qui meurt à 80 85 ans de toute façon c'est inéluctable. Autant pas en parler à la limite. »

Dr 9 « l'empathie forcément (...) surtout de la tristesse et envie de les aider »

Dr 11 « Je dirais le fait d'en parler n'est pas anormal, je dirais, et tout à fait légitime à l'âge où y sont, ou confronter à une maladie qui leur fait penser un petit peu plus à la mort. »

Dr 14 « Ça dépend. Ça dépend, ça dépend si je la connais, ça dépend (...) Pour moi il y en a qui peuvent entre guillemets me faire peur et d'autres où je sais que je peux dormir sur mes 2 oreilles. »

Dr 15 « Du bon sens déjà, même pour un être humain jeune. »

5.2.10.7. Différence entre la philosophie et la dépression

La plupart des médecins généralistes font une différence entre une PA qui évoque la mort et une PA dépressive. Ils précisent que cela peut être une simple réflexion en lien avec leur âge et le rapprochement naturel de la fin de leur vie. Cela peut malgré tout être une DPA masquée mais il faut être prudent à un étiquetage excessif des patients.

Dr 2 « J'suis pas sûr que ce soit lié à un état dépressif. (Pause) Moi, ça m'évoque, fin je, un état de mal-être ça c'est sûr, mais qui est plus lié à l'âge qu'à une véritable dépression. »

Dr 5 « c'est pas forcément une dépression. Bon ça peut être sur d'autres plans philosophiques ou autre. »

Dr 7 « Donc des fois, donnent moins l'impression d'évoquer la dépression mais c'est vrai que c'est parfois un peu camouflé. »

Dr 8 « Une personne âgée qui parle de la mort pour moi ça me paraît aussi normal de toute façon plus on vieillit plus on se rapproche. »

Dr 10 « C'est pas qu'elle parle de la mort qui me pose problème, c'est la façon dont elle en parle qui, on peut parler de la mort de façon toute simple comme on parlerait de la vie, c'est pas forcément péjoratif de parler de la mort. Donc c'est plutôt les mots qu'elle va employer et la façon dont elle va en parler, l'image qu'elle va en avoir, heu qui va m'interpeller, plus que le fait qu'elle m'en parle ou qu'elle m'en parle pas. »

Dr 15 « Mais c'est pas nécessairement heu... de la déprime, ça peut être un besoin de réassurance dans le style "dites-moi que je vais pas mourir rapidement" (rit) c'est plus souvent le cas d'ailleurs. Après heu c'est très rarement lié...c'est très rarement lié à de la déprime. Surtout enfin... Peut-être même surtout chez les personnes âgées. »

Dr 16 « je vais pas mettre ça directement dans la case dépression parce qu'on me parle de la mort. »

Dr 17 « ça peut évoquer de la dépression. Après parler de la mort pour une personne âgée ne veut pas forcément dire que c'est quelqu'un de dépressif ou pas »

5.2.10.8. Perception du ressenti du patient, 2 types de patients

Nous avons vu qu'une PA qui parle de la mort n'évoque pas nécessairement une DPA pour le médecin généraliste. Cela dépend du patient. Selon les médecins, les PA perçoivent la mort de 2 façons différentes : avec peur ou avec philosophie. Dans le deuxième cas, la mort apparaît au patient comme un évènement de vie dont il voudrait discuter sans angoisse particulière. Certaines PA évoquent la mort parce qu'elles veulent mourir. Parmi ces PA, les MG vont établir la distinction entre celles qui ont une raison médicale justifiant leur souhait de mourir et les PA qui n'ont pas de raisons valables.

Dr 3 « En sachant que heu s'il est vrai que certains ont une certaine sérénité visiblement vis à vis de la mort, d'autres ont l'angoisse qui me paraît tout à fait légitime de dire que faire le grand saut dans un truc qu'on connaît pas, ça fout un peu la trouille. »

Dr 6 « il y a vraiment 2 cas de figures, ceux chez qui c'est vraiment un signe de dépression et ceux chez qui c'est juste le fait qu'ils ont accepté l'idée qu'effectivement ils allaient mourir. Après voilà si possible le plus vite possible et dans la moindre souffrance possible, l'idéal étant au milieu de la nuit (rit). »

Dr 8 « Bah ceux qui parle de la mort c'est ceux qui disent "on aimerait bien mourir on en a ras le bol" alors qu'ils sont en pleine forme »

Dr 11 « Y a ceux qui d'emblée vous l'évoquent d'une manière assez sereine, heu et je dirais comme étant dans la logique des choses et dans leur parcours de vie. Y a ceux qui éludent le sujet ou qui vous affirment haut et fort qu'ils en n'ont pas peur alors qu'en fait c'est une manière déguisée de vous dire qu'ils sont absolument angoissés et très mal à l'aise vis à vis du sujet. »

Dr 14 « Pour moi il y en a qui peuvent entre guillemets me faire peur et d'autres où je sais que je peux dormir sur mes 2 oreilles. »

5.2.10.9. Conduite à tenir devant de l'évocation de la mort

Les médecins généralistes n'étiquent pas systématiquement tous les patients qui parlent de la mort comme dépressifs. Certains sont plutôt dans la négligence de ces discours morbides quand d'autres y sont plus sensibles et s'en méfient. Ils prônent l'écoute pour prendre en charge une angoisse sous-jacente et évaluer si ce discours cache une DPA.

Dr 1 « Bref, heu il faut être à l'écoute et bon, heu la prise en charge c'est comme je vous l'ai dit c'est pluridisciplinaire. »

Dr 2 « J'avoue que c'est, que j'en tiens compte qu'à moitié en fait quand ils en parlent ; sauf que je me rends compte qu'ils ont plus envie de vivre. Ça s'est fréquent. (...) Et j'ai pas vu que des traitements antidépresseurs les soulagent de ça. »

Dr 11 « je dirais que c'est pas, qu'il faut essayer de décrypter, je suis pas forcément très fortiche là-dessus mais bon on apprend au fur et à mesure, décrypté les termes employés le moment où on en parle (...) Mais bon, à prendre en haute considération de toute façon pour essayer de

comprendre comment la personne va vivre cette échéance ou très proche ou future et pour l'aider le cas échéant quand même à être plus apaisé dans sa rencontre avec la mort. »

Dr14 « quand je dis me faire peur, c'est dire qu'il faut que je me bouge les fesses pour les prendre en charge » (les patients qui lui parlent de la mort)

5.2.10.10. Synthèse

Certains médecins constatent que les PA parlent régulièrement de la mort notamment les PA en EHPAD. Les sujets qui amènent au thème de la mort peuvent être les évènements graves familiaux, l'envie de mourir, ou l'approche de leur mort naturelle. Discuter de la mort avec une PA paraît normal voire légitime. Cela permet d'aborder le sujet de l'avenir du patient, ce qu'il espère de la vie, ainsi que ses désespoirs. Par ailleurs, les médecins généralistes réagissent de façon différente face à la PA qui parle de la mort. Ils existent pour eux plusieurs types de patients : ceux pour qui le discours est une plainte, un appel à l'aide ou une réflexion normale. De ce fait les médecins peuvent ressentir de l'empathie, de la colère ou de la crainte face à ces patients. De plus, les MG font une différence entre une réflexion autour de la mort et un véritable symptôme dépressif. Concernant les PA qui veulent mourir, la perception va dépendre du patient qui l'exprime : une plainte (qu'elle soit médicalement justifiée ou non) ou un danger suicidaire. Face à ces différents discours de mort, les médecins n'ont pas de conduite systématisée : ils les écoutent, les ignorent ou alors ils s'en méfient avec l'idée d'une DPA sous-jacente. On remarque aussi que cette question dérange certains médecins. Ainsi les médecins généralistes nous montrent qu'ils ne sont pas à l'aise dans la prise en charge d'une PA qui parle de la mort autant d'un point de vue médical que d'un point de vue personnel.

5.2.11. Modalité de la prise en charge thérapeutique : le suivi du traitement antidépresseur

5.2.11.1. Un suivi clinique

Certains médecins expliquent tout d'abord que le suivi est clinique : à l'aide un examen mais surtout par l'interrogatoire. Ils sont concernés par l'évolution des symptômes que présentait la PA avant l'initiation du traitement.

Dr 1 « Alors, hum... ... (pause réfléchit) bah je réinterroge le patient pour savoir, heu, s'il a toujours des troubles du sommeil, s'il a repris du poids. Ça c'est simple, ça c'est l'examen clinique, heu, et puis on voit les gens se transformer au bout d'un certain temps. »

Dr 3 « En fonction de l'évolution des symptômes »

Dr 7 « une surveillance heu... avec interrogatoire, alors toujours pareil, de l'entourage si, si les personnes n'expriment pas franchement les choses, ou de la personne quand elle exprime bien, sur l'évolution »

Dr 17 « il y a un examen avant, un examen après toujours »

5.2.11.2. Un suivi paraclinique

Un bilan biologique est mentionné dans le suivi du traitement notamment au début du traitement. Il permet d'éliminer des diagnostics différentiels ou des carences associées. Les médecins ne précisent pas ce qu'ils surveillent dans les bilans biologiques réguliers.

Dr 1 « bien sûr à chaque fois, j'essaie de faire le, le ... un bilan biologique un peu complet du patient. Heu... et puis comme je vous l'ai dit, j'essaie de corriger des, des déficits euh ... hypo albuminémie, heu, carence en vitamine D »

Dr 7 « des biologies des prises de sang »

Dr 17 « éventuellement une prise de sang vérifié qu'il n'y ai pas une maladie métabolique heu voilà, qui déclenche ce genre de choses »

5.2.11.3. L'évaluation du traitement : son efficacité et sa tolérance

Le suivi du traitement se fait surtout pour évaluer son efficacité et sa tolérance à l'aide de la symptomatologie clinique.

Dr 4 « s'il est relativement efficace »

Dr 6 « me tenir au courant des effets secondaires potentiels, de l'amélioration effectivement de l'humeur »

Dr 8 « il faut qu'il soit bien toléré, c'est pas non plus anodin »

Dr 11 « pour quand même juger de la tolérance du médicament »

Dr 13 « je vois s'il y a un progrès s'il y a pas de progrès »

Dr 17 « voir s'il y a une amélioration, si l'élan est mieux, si il va mieux, si il mange mieux, si il est moins apathique »

5.2.11.4. L'importance de l'entourage et des aides paramédicales

Dans le suivi du traitement, l'entourage est considéré comme une aide importante. En effet la PA nécessite une surveillance à domicile et l'entourage aide à l'évaluation des symptômes chez les PA peu expressives.

Dr 3 « je crois que c'est avec les personnes âgées que j'ai le plus de relationnel avec la famille, alors les bébés bien sûr les enfants. (...) Mais là l'aide de la famille est beaucoup plus importante aux 2 extrémités de la vie, pour toute les pathologies »

Dr 6 « l'infirmière nous sert aussi de surveiller ce qui se passe »

Dr 7 « avec interrogatoire, alors toujours pareil, de l'entourage si, si les personnes n'expriment pas franchement les choses »

Dr 14 « en général on voit avec la famille à demander à ce qu'ils me tiennent au courant »

5.2.11.5. Un MG disponible

Les médecins généralistes se disent disponible pour leurs patients âgés suivis pour dépression. Ils donnent des consignes aux patients et reste à leur disposition pour adapter le rythme des visites, des consultations ou par téléphone. Afin d'éviter les pertes de vue, certains sont disponibles mais cadrent les patients avec des rendez-vous fixés à chaque consultation.

Dr 3 « Tant que je peux me débrouiller tout seul et que j'arrive à me, à lui sortir la tête de l'eau ça me va. Et si il faut y passer du temps j'y passe du temps, même s'il y a du monde, c'est ce que je disais tout à l'heure, même si de temps en temps on coince un peu »

Dr 4 « à la demande, selon on s'adapte »

Dr 5 « si je sens des effets secondaires particuliers aux médicaments, je les revois plus tôt, je lui propose toujours de téléphoner s'il y a un problème

Dr 11 « Alors le suivi : consultation ou visite (...) je réponds au téléphone aussi, mais je dirais qu'en pratique j'aime bien quand même leur fixer des dates de rendez-vous »

5.2.11.6. Rythme du suivi

Les médecins décrivent assez précisément le rythme du suivi qu'ils effectuent en pratique. La surveillance du patient est rapprochée et attentive pendant les premières semaines de traitement avec un agenda adapté à l'intensité des symptômes. Pendant le premier mois, c'est la tolérance au traitement qui est évaluée. Lors du deuxième mois, c'est l'efficacité. Les médecins peuvent attendre jusqu'à 2 mois pour évaluer traitement estimant que les PA ont besoin de plus de temps pour obtenir un résultat. Ensuite, en cas de bonne évolution, les consultations peuvent être espacées jusqu'à 3 mois d'intervalle pour se baser sur les rendez-vous de suivi d'autres pathologies.

Dr 2 « je fixe un délai de 3 à 4 semaines, pour faire un premier contrôle. Et puis après je renouvelle pour des périodes variables, souvent c'est 3 mois. »

Dr 4 « le premier mois de suivi est très important, après, souvent c'est de l'ordre de trois mois, ou à la demande, selon on s'adapte »

Dr 6 « de l'évaluation de tout antidépresseur elle se fait de toute façon au bout de 3 semaines d'initialisation d'un traitement et elle se fait plus tôt s'il y a besoin de le faire plus tôt »

Dr 10 « je leur donne souvent un rendez-vous à 10 ou 15 jours pour évaluer dans un premier temps la tolérance au traitement, et puis heu après je les revoie en moyenne tous les 10 jours sur le premier mois, et ensuite ça va être fonction de l'évolution et puis fonction de ce qu'on a pu mettre en place. »

Dr 11 « Alors le suivi : consultation ou visite. Et heu, je dirais plus rapprochées au début... (...) c'est au minimum une consultation par mois et... et après bon quand les choses sont un peu plus stabilisées, effectivement on espace mais, ça peut aller jusqu'à 3 mois »

Dr 12 « Et puis en général je les revoie tous les dix jours pendant le premier mois et puis quand heu ça commence à s'améliorer, à ce moment-là, on... on écarte un peu les consultations »

Dr 16 « je les revoie régulièrement, à 15 jours un mois, après si ça va un petit peu mieux 2 mois, (...) j'essaie de les voir assez régulièrement au départ, c'est souvent finalement puis après une fois par mois »

5.2.11.7. Durée minimale du traitement

Le traitement de la DPA est considéré comme long, et il est important de prévenir le patient pour obtenir une meilleure adhésion. Il s'agit d'un traitement de plusieurs mois mais les médecins ne s'accordent pas entre quelques mois et plus d'un an. Pour la majorité, le traitement est d'au moins 6 mois.

Dr 2 « Et ... pour... chez des gens âgés, après... le traitement je le maintiens en général 6 mois »

Dr 4 « c'est un traitement long, qu'ils partent, qu'on part plutôt sur un traitement de 9 mois sur un an »

Dr 15 « c'est que ça va être des traitements sur quelques mois »

5.2.11.8. Difficultés du suivi

Certains médecins ont du mal avec le suivi des patients. Ils évoquent la difficulté à trouver la dose efficace tolérée des antidépresseurs et l'adhésion des PA à la prise en charge. L'inobservance semble souvent inévitable.

Dr 1 « Ça c'est une excellente question ! C'est pas simple, c'est pas simple. (...) la question de savoir si, est ce que je suis infra thérapeutique ou pas ? Là j'ai pas la solution. J'ai pas la solution. J'ai, je tâtonne. »

Dr 15 « Et bah j'essaie de faire revenir les patients (rit en le disant). Et l'observance est un vaste combat. »

5.2.11.9. Synthèse

Les modalités du suivi thérapeutique sont cliniques, notamment par l'interrogatoire, en explorant les symptômes de la dépression. Le suivi nécessite aussi une surveillance biologique selon certains médecins. Le traitement est évalué en termes d'efficacité mais aussi de tolérance clinique ou biologique. Quelques médecins facilitent la prise en charge et le suivi des PA dépressives en pointant qu'ils sont disponibles notamment au téléphone. Le rythme de suivi varie d'un médecin à l'autre. On retrouve comme point commun qu'il est accru lors du premier mois de traitement. Puis, quand le patient s'améliore, les consultations s'espacent sans jamais dépasser une durée de 3 mois sans surveillance. La durée totale du traitement pour les médecins est longue, d'au moins 6 mois en général. C'est une notion importante qu'ils soulignent au patient. Certains médecins éprouvent des difficultés dans le suivi des PA notamment au niveau de l'observance et de l'efficacité thérapeutique. Ils montrent parfois un manque d'assurance dans leur prise en charge. Par ailleurs, ils s'appuient aussi beaucoup sur l'entourage et les aides paramédicales pour surveiller les PA dépressives.

5.2.12. Modalité de prise en charge thérapeutique : la réadaptation du traitement antidépresseur

5.2.12.1. En fonction de l'efficacité mais aussi de la tolérance

Les MG réadaptent le traitement déprimeur en fonction de l'évolution clinique du patient. C'est l'amélioration des différents symptômes de dépression ainsi que l'amélioration des relations sociales qui signent cette efficacité. Certains tentent de mesurer ces symptômes mais les critères de quantification ne sont pas définis. Par ailleurs, ils se méfient et recherchent systématiquement des phénomènes d'intolérance et les effets indésirables.

Dr 4 « Par rapport à l'humeur, à la reprise d'activité, heu..., la reprise de poids aussi... oui les troubles du sommeil aussi (...), c'est essentiellement par rapport à leurs envies de refaire des choses. Et puis ça se voit quand les gens vont mieux, ça se voit. »

Dr 5 « j'essaie de quantifier l'angoisse et puis la réadaptation à la vie quotidienne relationnelle »

Dr 9 « selon comment est, est supporté le traitement déjà, qu'il y ai pas d'effets secondaires, et puis après en fonction de l'évolution de la, du syndrome dépressif en lui-même »

Dr 10 « S'il est bien toléré et qu'il n'a aucune efficacité, soit ça veut dire que on n'a pas la dose suffisante, soit ça veut aussi dire qu'il n'est pas fonctionnel pour ce patient-là, donc on peut se poser la question de modifier la thérapeutique en fonction de son, de son état de tolérance puisqu'à cet âge-là on a souvent des effets collatéraux qu'on ne veut pas. »

Dr 11 « Parce que si les gens arrêtent parce qu'ils sont nauséux et vertigineux, on a du mal à raccrocher après. (...) Donc je réévalue en fonction quand même des signes cliniques en fonction de ce que me décrivent les, les ... mes patients et je dirais de leur vécu sur des actes de la vie quotidienne, bon, la reprise d'intérêt des sorties la reprise du poids, je dirais une, un élan qui revient, voilà. Des idées nettement moins moroses, un meilleur sommeil, enfin bon les classiques de la, la, les symptômes de la dépression. »

5.2.12.2. Les différentes méthodes de réadaptation

Les médecins réadaptent le traitement en fonction des effets obtenus. Si celui-ci est efficace, ils ne touchent à rien. S'il est inefficace, ils ont tendance à augmenter les posologies avant de changer de molécule. Ils adaptent doucement le traitement afin de minimiser les risques d'intolérance, mais s'il est mal toléré, ils n'hésitent pas à changer de molécule.

Dr 2 « bah soit il est efficace du premier coup et je réadapte pas, soit il est pas efficace et je change de traitement. Ça peut arriver que j'augmente la dose simplement »

Dr 7 « la modification soit du dosage soit de la molécule selon l'efficacité ou la le manque de tolérance. »

Dr 8 « Ça peut être diminué si jamais il est mal toléré, ça peut être changé si c'est inefficace. Ça peut être augmenté si on pense que ça peut être utile »

Dr 12 « si c'est bien toléré je monte rapidement pour essayer d'avoir une réponse heu... correcte, dans les meilleurs délais »

5.2.12.3. En général, aucune réadaptation n'est nécessaire

Dr 2 « ... souvent j'ai pas besoin de le réadapter »

Dr 6 « souvent d'ailleurs on n'a pas tellement besoin de les bouger »

5.2.12.4. En cas de difficultés ou d'échec : le changement ou le passage de main

Les médecins réadaptent le traitement mais parfois préfèrent orienter le patient vers une prise en charge spécialisée. En effet, quand le traitement est un échec, que la PA présente des signes de gravité ou qu'il y a un doute sur une pathologie plus complexe sous-jacente, ils l'adressent à un spécialiste. Il peut aussi s'agir de problèmes de dépendances aux psychotropes qui nécessitent une prise en charge spécialisée.

Dr 1 « quelques fois je suis obligé de passer la main parce que, parce que je ne, je ne sais pas exactement ce qui se passe »

Dr 6 « après en fonction de la réponse je peux être amené à l'augmenter souvent d'ailleurs on n'a pas tellement besoin de les bouger. Et puis de temps en temps on peut avoir des échecs retentissants, plus, plus facilement que chez d'autres personnes, mais je pense que c'est parce qu'il y a d'autres problèmes comportementaux associés derrière, sans doute, neurologique, une dégénérescence, enfin ce qu'on veut, et alors là par contre je les envoie chez Bonnefoy (chef du service de gériatrie du centre hospitalo-universitaire Lyon Sud) parce que là après, c'est là où ça relève quand même après du domaine du spécialiste »

Dr10 « On a beaucoup de patients qui sont traités finalement pour des troubles anxieux généralisés depuis des années des années des années et qui ont jamais eu autre chose que des benzodiazépines. C'est très compliqué pour l'arrêter. »

Dr 13 « si je vois que ça va pas bah ... je change le médicament ou je prends un avis »

Dr 16 « parce que je pense qu'il faut du temps, et je ... je... avoir une, $\frac{3}{4}$ heure, 1 heure de consult toutes les semaines heu... c'est pas, moi je peux pas, (...) puis après si, s'il y a plus des signes de gravité bah c'est un psychiatre mais voilà. »

5.2.12.5. Synthèse

L'adaptation du traitement se fait en fonction de l'évolution du patient. Les médecins évaluent l'efficacité mais insistent surtout sur la tolérance du traitement mis en place. Au niveau de la réadaptation, ils peuvent modifier la dose de la molécule utilisée, ou vont changer de molécule si celle-ci est mal-tolérée ou inefficace à dose maximale. Certains médecins précisent qu'ils n'ont en général pas besoin d'adapter leur traitement. La réadaptation devant un cas clinique complexe ou l'échec des thérapeutiques entraîne le changement du traitement et généralement l'orientation du patient vers un spécialiste.

5.2.13. Modalité de la prise en charge thérapeutique : arrêt du traitement antidépresseur

5.2.13.1. Est-ce que ça arrive ? Oui mais un essai.

Dr 1 « Bien sûr. »

Dr 3 « j'essaie de les arrêter »

Dr 16 « Bah oui (rit) oui j'essaie »

5.2.13.2. La perception de l'arrêt par les médecins

Certains médecins craignent d'arrêter les antidépresseurs. Afin de minimiser les risques de rechute, ils ne le font qu'en période propice à celui-ci. C'est-à-dire en fonction de la saison et du contexte de vie du patient. Certains mentionnent l'envisager uniquement chez les DPA réactionnelles.

Dr 3 « (Soupir) ça j'ai la trouille. (...) je me dis que si je l'arrête et que je me suis, que je fais une connerie de l'arrêter et que y a une merde, j'en, je vais avoir les boules. »

Dr 6 « c'est un problème souvent où le déclenchement a été réactionnel. C'est vraiment plutôt ce cadre ci »

Dr 9 « c'est vrai que dans une, dans un moment où tout va bien et où tout est propice à l'arrêt du médicament. »

Dr 11 « en se disant surtout en période estivale, surtout pas entre novembre et mars, heu... traditionnelle mauvaise période. Heu... je dirais que si vraiment les supports sont stables, que la personne a retrouvé aussi un équilibre de vie après un éventuel veuvage, et bon et bon heu... je dirais une organisation de sa vie, ou seul ou accompagné, bon de meilleure relation avec son entourage, bon, je dirais ... une... heu... une reprise totale de ses activités et de son élan vital »

5.2.13.3. L'incertitude du bénéfice de l'arrêt ou de la poursuite du traitement

Les médecins généralistes perçoivent l'arrêt comme un test, une épreuve. Certains se posent la question de l'intérêt à le maintenir des années. D'autres se posent la question de l'intérêt à risquer une rechute quand il est bien toléré chez les patients très âgés avec une faible espérance de vie.

Dr 5 « j'essaie »

Dr 10 « une tentative d'arrêt du traitement » ; « C'est très compliqué pour l'arrêter. »

Dr 11 « c'est quand même la question qu'on peut se poser au bout d'un an, 2 ans, 3 ans quoi bon. Le patient arrive à 100 ans qu'est-ce que je fais ? Bon... est-ce que c'est encore légitime ou est-ce que je ne touche à rien ça se passe pas mal. »

Dr 15 « D'abord parce qu'au très long cours, enfin au long cours, moyen long cours, on va dire qu'on n'a pas vraiment de certitude que ça serve encore à quoique ce soit »

5.2.13.4. Des médecins partagés sur le maintien à vie du traitement

Les médecins sont partagés sur le maintien d'un traitement bien toléré à vie. Ils mentionnent cette difficulté devant le risque de rechutes et l'importance des dépressions chroniques chez la PA. De plus, la question se pose aussi pour les patients très âgés où la survie est difficile à estimer.

Dr 2 « Y a des gens qui sont dépressif toute leur vie alors c'est... bah dans ce cas-là on n'arrête pas. »

Dr 6 « je pense intimement que... les dépressifs, chez ces gens-là, à part ceux chez qui c'est réactionnel, c'est juste leur fin de vie qui est très compliquée et qui les entraîne dans la dépression, donc si on l'arrête on va retomber dans le même souci et les mêmes raisons qui font que, qu'à un moment ils avançaient plus. Du coup je suis pas très enclin à les changer ou à les arrêter. Du moins dans ce cadre-là, vas-t-on dire »

Dr 14 « En général on l'attaque et puis on l'arrête plus celui-là. On le laisse jusqu'à ce que mort s'en suive. »

5.2.13.5. Un arrêt progressif, rarement brutal

La plupart des médecins arrêtent les antidépresseurs uniquement de façon progressive afin de minimiser les risques de syndrome de sevrage. Cette approche leur paraît évidente chez la PA. Rarement et quand le traitement n'est pas pris régulièrement, ils l'arrêtent brutalement. Les MG ont conscience des recommandations des fabricants mais préfèrent ne pas respecter des consignes d'arrêt rapide malgré tout.

Dr 1 « je fais très progressivement d'abord, on est bien d'accord ! (Rire) »

Dr 3 « Mais je le fais toujours heu... très progressivement. Même si les labos nous disent que les nouveaux antidépresseurs on peut les arrêter très rapidement, j'y vais sur la pointes des pieds. »

Dr 7 « ça va dépendre du traitement et du dosage. Souvent progressivement et des fois brutalement quand il y a des tous petits dosages, ça peut arriver. Ou des patients qui me disent qu'ils le prennent pas toujours, ça arrive. C'est vrai que quand l'observance n'est pas là, en général c'est un arrêt immédiat. »

Dr 10 « faire une tentative d'arrêt du traitement, de façon très progressive, pour éviter les syndromes de sevrage, et en surveillant l'état d'humeur et l'état général du patient »

Dr 11 « je dirais que quand on ouvre le VIDAL on peut très bien arrêter du jour au lendemain la prise des IRS heu je dirais que tous ceux qui l'on arrêté par mégarde parce que c'était un week-end, ils avaient oublié d'aller à la pharmacie prendre leurs boîtes n'ont pas très bien vécu l'épisode hein. On a intérêt hein quand même à diminuer progressivement. Et plus c'est âgé plus ça doit être progressif. »

Dr 14 « Je suis très dégressif, je suis pas, je suis pas, même si on sait que des fois on n'a pas forcément des syndromes de sevrage ou quoi, mais heu. ; je préfère, je préfère pas prendre de risque de toute façon »

5.2.13.6. Les motifs d'arrêt

5.2.13.6.1. A la demande du patient

Vu comme un élément positif, les médecins n'hésitent pas à entamer l'arrêt du traitement si le patient le demande dans un contexte d'équilibre émotionnel.

Dr 1 « je considère que quand le patient lui-même le réclame, c'est que ça se passe pas si mal. (Sourire) »

Dr 10 « on a beaucoup de gens qui, qui, qui dise "bah voilà c'est docteur machin qui me l'a mis y a 10 ans et je l'ai toujours". Bah ouais mais bon, est ce que c'est encore nécessaire ? »

Dr 15 « très souvent aussi parce que c'est une demande du patient, qui se sent... mieux justement le... il a passé le cap et qu'il souhaite l'arrêter »

5.2.13.6.2. En cas de guérison

Le médecin peut être l'instigateur de l'arrêt quand plusieurs éléments suggèrent une guérison de l'épisode dépressif. Il va s'appuyer sur sa clinique, sa perception du bien-être du patient et sur l'entourage. L'arrêt n'est par contre pas envisagé avant plusieurs mois de traitement.

Dr 3 « quand je considère qui, que l'état est stabilisé, que la famille me confirme le truc »

Dr 4 « Parce quand ils vont mieux et qu'ils sont stabilisés, il y a plus de raison de continuer »

Dr 5 « quand, si c'est une dépression réactionnelle quand il y a, quand on est loin du facteur déclenchant, ou heu si, je pense que, la personne revit pleinement comme avant »

Dr 9 « Quand on estime qu'ils n'en n'ont plus besoin »

Dr 10 « Ils ont un deuil pathologique qui va leur durer plus d'un an puisque sinon c'est pas patho (pathologique) donc qui va durer 18 mois 24 mois puis après bon ils vont finalement finir leur deuil, donc ils sont plus dépressifs, le deuil n'est plus pathologique, il faut peut-être revoir le traitement »

Dr 15 « enfin ils sont devenus inutile dans le sens que... dans la plupart des cas quand même, heu... le problème est rentré dans l'ordre. C'est-à-dire que l'épisode dépressif euh... s'est résolu. »

Dr 16 « Dr 16 « on essaie de diminuer et puis d'arrêter au bout de 6 mois si si ça va mieux. »

5.2.13.6.3. Un essai systématique

Certains médecins considèrent qu'il faut essayer d'arrêter les antidépresseurs chez tous leurs patients qu'ils soient âgés ou non. Ils essaient quand l'indication de l'antidépresseur n'est pas claire mais aussi quand le traitement instauré a duré suffisamment longtemps pour envisager une guérison et un sevrage sans risque.

Dr 4 « pour moi les antidépresseurs c'est plutôt une béquille, que ce soit le jeune ou le vieux, voilà, c'est pas quelque chose qui faut garder tout le temps »

Dr 6 « si ça se passe relativement bien, ces gens vont plutôt mieux, et j'ai tendance systématiquement au bout d'un an d'essayer de réduire de moitié leur traitement sur 3 mois et si ça se passe bien à ce moment-là je continue et je finis par arrêter. »

Dr 7 « en tant que nouveau médecin traitant pour beaucoup de patients bah quand je découvre des traitements au long cours, on essaie. Les patients qui ont des traitements juste parce que on leur a prescrit un jour et qu'on leur a jamais arrêté, qu'on les a jamais vraiment réévalué. Donc quand j'estime que c'est plus, pas forcément nécessaire, en accord avec le patient ou du patient dans des états cognitifs qui sont plus capable de communiquer là-dessus, ça m'arrive régulièrement d'essayer d'arrêter »

Dr 10 « parce que vous avez beaucoup de gens qui sont sous antidépresseurs ou benzodiazépines depuis de longs mois voire de longues années et qui ne pourrait même pas me dire pourquoi ça a été mis en place »

Dr 11 « c'est pas parce qu'ils ont été dépressifs un jour que ça y est ils sont, ils vont traîner leur traitement toute leur existence »

Dr 16 « C'est pas un traitement, même chez la personne âgée ce n'est pas un traitement qu'on laisse à vie. »

5.2.13.6.4. Evidemment en cas d'intolérance

Dr 8 « J'arrête les traitements et je change de molécules s'il y a des phénomènes d'intolérance »

Dr 14 « la plupart du temps c'est que pour un problème de tolérance »

5.2.13.6.5. En cas de non-observance

D 7 « quand l'observance n'est pas là

Dr 15 « Quand le patient ne l'a pas arrêté de lui-même au bout de, de 2 ou 3 mois parce qu'il en a marre et qu'il se sent bien et que youp la boum. On en revient toujours au problème de l'observance »

5.2.13.7. Synthèse

Les médecins généralistes ne sont pas certains de l'arrêt du traitement antidépresseur, il s'agit d'une tentative. En effet la perception de l'arrêt est pour certains une étape à risque appréhendée avec méfiance voire peur. Pour arrêter, il faut que la PA soit dans des conditions optimales. Les saisons printemps été et les contextes relationnel et psychologique du patient sont pris en compte. Quelques médecins l'envisagent uniquement dans le cas d'une DPA réactionnelle. Les médecins sont partagés quant au bénéfice de l'arrêt du traitement et de son bon déroulé. Ils essaient de l'arrêter mais craignent les rechutes. D'autres vont plus loin en étant persuadés de l'intérêt du maintien à vie chez la PA si le traitement est bien toléré. En ce qui concerne les modalités de l'arrêt, les médecins s'accordent à préférer un arrêt progressif et prudent, à la différence des notices médicamenteuses autorisant parfois l'arrêt brutal. Le traitement antidépresseur peut être arrêté pour différentes raisons. Il peut l'être à la demande du patient ou si le médecin estime que le patient est guéri. Il peut aussi s'agir d'un essai systématique lorsque le traitement a duré suffisamment longtemps ou lorsque l'indication est imprécise. Un traitement mal toléré ou non observé est évidemment arrêté rapidement.

5.2.14. Quels traitements pour la DPA

5.2.14.1. Les antidépresseurs

5.2.14.1.1. Des posologies faibles à l'initiation

Afin de limiter les phénomènes d'intolérance, certains MG préfèrent débiter par des posologies faibles.

Dr 1 « Il faut du temps, surtout chez la personne âgée, et puis on commence à des posologies faibles »

Dr 2 « je mets des demi-doses chez les gens âgés. Je leur mets moins parce que souvent ça marche bien, et puis que... que les, la tolérance est meilleure si on leur met des petites doses »

Dr 6 « j'attaque que des traitements demi-doses chez les personnes âgées »

Dr 11 « je commence plutôt donc par des doses voire du quart voire du demi, pour améliorer la tolérance des débuts (...). Donc je préfère y aller très très mollo pendant 15 jours et, puis commencer à donner une dose active après. »

5.2.14.1.2. Une initiation sans urgence

Un médecin précise que le début du traitement n'est pas une urgence. En effet, l'efficacité thérapeutique n'apparaissant qu'au bout de plusieurs semaines, on peut comprendre qu'en cas de doute, le MG prend le temps de réévaluer le patient afin de confirmer son diagnostic.

Dr 2 « Parce que suivant l'état du patient y a pas d'urgence à le commencer le premier jour de la consultation et aux réévaluations »

5.2.14.1.3. Les antécédents du patient sont pris en compte

Le choix du traitement va dépendre aussi de l'avis du patient. Si celui-ci a déjà reçu un traitement bien toléré, cela simplifie le choix du médecin et améliore l'observance du patient.

Dr 11 « ça dépend si c'est un ancien ou une ancienne heu... voilà qui fait une nouvelle entre guillemets poussée, voilà bah je vais tenir compte de ce que la personne a déjà avalé »

5.2.14.1.4. Ce n'est pas toujours le MG qui choisit

Parfois le traitement antidépresseur n'est pas mis en place par le MG mais par un spécialiste. Le MG effectue alors le suivi ce qui ne semble pas poser de problèmes outre mesure.

Dr 10 « puis c'est pas moi qui met systématiquement les traitements antidépresseurs, parfois ils sont, heu...heu... ils sont choisis soit par l'hospitalisation par le psychiatre ou par le CMP (centre médicopsychologique) ça arrive aussi. Parce que suivant l'état du patient y a pas

d'urgence à le commencer le premier jour de la consultation et aux réévaluations, bah parfois c'est un confrère qui le met en route »

5.2.14.1.5. Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine : le traitement préféré pour les PA

Dr 2 « moi j'dirais qu'à 80% c'est des IRS »

Dr 10 « Heu en premier lieu et la plupart du temps, des antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine »

Dr 14 « La plupart du temps, c'est des IRS qui sont adapté aux gens âgés »

5.2.14.1.5.1. Les IRS cités

Parmi les IRS cités, nous retrouvons : la sertraline (ZOLOFT), la paroxétine (DEROXAT) l'escitalopram (SEROPLEX), la fluoxétine (PROZAC), le citalopram (SEROPRAM) et la fluvoxamine.

5.2.14.1.5.2. Pourquoi les IRS

Les médecins préfèrent les IRS parce que c'est dans leurs habitudes et qu'ils ont une bonne connaissance de ces molécules. Elles sont plus faciles à manier que les autres et mieux tolérées pour une bonne efficacité. Cependant si l'argument principal d'utilisation est la tolérance, les médecins sont parfois hésitants. On remarque que le vocabulaire du ressenti et de la supposition est régulièrement utilisé. Ces prescriptions sont aussi influencées les recommandations des confrères spécialistes.

Dr 1 « j'en ai vu l'efficacité. »

Dr 1 « j'aime bien les IRS. Heu... que j'utilise avec euh...précaution »

Dr 2 « ils fonctionnent bien, j'utilise toujours les même. J'ai pas besoin de chercher ailleurs »

Dr 6 « je trouve que ça fonctionne quand même pas trop mal » ; « Parce que les gériatres heu... nous disent que c'est celui qui parait le plus adapté. »

Dr 8 « Le plus simple possible (rit). Heu, bah un peu toute, on privilégie un peu les nouvelles classes qui sont bien supportées les inhibiteurs sérotoninergiques »

Dr 9 « Parce que c'est des médicaments qu'on connaît bien. Surement, et qui sont plutôt bien tolérés par rapport à... à ... sûrement à d'autres »

Dr 10 « parce que comme j'utilise beaucoup je le connais bien et je sais ce que j'ai besoin de surveiller »

Dr 12 « parce que les autres ils sont plus difficiles à manier chez les personnes âgées »

5.2.14.1.5.3. Le choix de l'IRS selon les symptômes

Selon les symptômes principaux dont souffre la PA, le médecin va préférer une molécule plutôt qu'une autre. Ainsi pour le ralentissement, ce sera plutôt la sertraline ou la fluoxétine, en cas d'anxiété plutôt la paroxétine. Ils choisissent aussi en fonction de la galénique qui peut faciliter la prise chez les PA, certaines pouvant avoir des troubles de l'occlusion dentaire ou de la déglutition. Ils sont conscients des effets indésirables de ces antidépresseurs qu'ils connaissent bien. Dr 3 explique clairement qu'il ne sait pas pourquoi il a pris l'habitude d'utiliser la paroxétine chez la PA en dehors de sa galénique.

Dr 2 « si j'ai besoin de stimuler un peu, parfois je passe au ZOLOFT (sertraline) »

Dr 3 « Je sais pas pourquoi la personne âgée c'est souvent DEROXAT. Pff ! Va savoir. A un moment, il a dû se rentrer dans une case de ma tête, voilà. Puis il y a la forme en goutte qui va pas mal pour diminuer à la fin en plus »

Dr 9 « cherche quelque chose de plutôt anxiolytique heu donc le DEROXAT(paroxétine), ou alors dynamisant comme le PROZAC(fluoxétine). »

Dr 11 « le PROZAC (fluoxétine) qui est quand même très dynamisant, alors c'est vraiment pour les extrêmement ralentis »

Dr 14 « les 2 IRS (sertraline et citalopram) qu'ont qu'ont montré la meilleure efficacité tolérance c'était ces 2 -là. »

Dr 17 « dans le citalopram vous avez un dosage à 5mg qui est normalement recommandé pour l'usage chez la personne âgée. Après heu, bah après c'est sûr que ça allonge le QT etcetera, donc il faut se méfier aussi, mais c'est les habitudes aussi »

5.2.14.1.6. Les autres types d'antidépresseurs : la miansérine et la mirtazapine.

La miansérine a été plusieurs fois mentionnée par les MG répondants. Ils estiment qu'elle a sa place car elle a très peu d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses. Elle a pour avantage d'être anxiolytique et sédatrice. En opposition, un médecin parle de son expérience personnelle expliquant l'inefficacité de la miansérine.

Par souci d'exhaustivité, nous mentionnons la mirtazapine qui a été évoquée par un médecin.

Dr 8 « ça dépend s'il y a des troubles du sommeil ou pas »

Dr 11 « la miansérine à part, parce que d'ailleurs je crois qu'elle a pas de classe à elle, à elle toute seule, c'est celle que je privilégie volontiers parce qu'elle a un aspect apaisant, sédatif qu'elle a quand même des dosages qui permettent d'augmenter progressivement, qu'elle a une bonne tolérance, qu'elle s'allie avec beaucoup de chose et que elle perturbe pas tout ce qui est cognitif, donc peut-être celle que je choisirai en premier pour quelqu'un d'âgé et considéré comme fragile »

13 « j'utilise souvent l'ATHYMIL moi chez la personne âgée, la miansérine, (...) Parce que il y a moins d'effets secondaires euh...il y a moins d'effets secondaires et puis c'est, c'est un... il se trouve, enfin je crois que c'est, je crois que c'est un médicament qui marche bien quoi. »

5.2.14.1.7. L'agomélatine : une utilisation rare

Dr 17 « ça m'arrive rarement de prescrire du VALDOXAN »

5.2.14.1.8. Les IRS Na

Plus souvent cité après les IRS et la miansérine, la venlafaxine est à l'esprit de certains MG comme recours après les IRS ou si l'anxiété est majeure.

Dr 2 « j'utilise volontiers l'EFFEXOR (venlafaxine), parce que ça marche bien sur le fond anxieux »

Dr 10 « alors de l'EFFEXOR (venlafaxine) mais c'est plus rare »

5.2.14.1.9. Les antidépresseurs tricycliques

Les antidépresseurs tricycliques sont cités par quelques médecins qui ont conscience de leur indication très limitée chez la PA en lien avec leurs effets indésirables et leurs contre-indications.

Dr 2 « de temps en temps des tricycliques. Ça dépend un petit peu du contexte. Ça dépend de l'intensité des troubles du sommeil aussi. »

Dr 11 « Alors pas facile mais de temps en temps l'ANAFRANIL (clomipramine) peut être intéressant. Euh, je dirais comme comme comme médication quand il y a une somatisation importante, heu... Alors après c'est des médicaments souvent pas faciles à utiliser chez la personne âgée. Le LAROXYL (amitriptyline) est souvent très bien mais je veux dire aux doses qu'on devrait atteindre pour avoir pour être antidépresseurs c'est hors de question, et puis il y a trop d'effets secondaires »

Dr 15 « Après on rentre dans les choses d'utilisation moins ... moins fréquente comme heu... bah comme l'amitriptyline, LAROXYL, ouais quand même nettement moins fréquent »

5.2.14.1.10. La tianeptine

Assez réputée, notamment au niveau des troubles de la mémoire, la tianeptine a vu son utilisation freinée par la mise sur ordonnancier d'exception. Les MG la garde en réserve pour un traitement de deuxième intention.

Dr 4 « heu il y en a un que j'aimais bien c'était le STABLON (tianeptine) mais c'est un peu limité maintenant parce que les prescriptions sont... sont sur ordonnancier ... par rapport à la mémoire c'était intéressant aussi »

Dr 5 « quand il y a échec, du STABLON (tianeptine) »

Dr 17 « Après ça m'arrive d'utiliser le STABLON (tianeptine) aussi »

5.2.14.1.11. Les IMAO-A : le moclobémide

Le moclobémide est mentionné comme recommandé par les gériatres et uniquement pour des cas particuliers. En effet Dr 7 semble en limiter l'utilisation aux PA anorexiques.

Dr 7 « Parfois la MOCLAMINE (moclobémide) dans certains cas, parce que on m'avait, parce que des gériatres m'avaient bien, m'avaient dit que c'était assez bon pour stimuler l'appétit »

5.2.14.1.12. Des préférences subjectives et une remise en question des préférences

Les préférences en termes de traitements sont médicalement justifiées, mais certains médecins expliquent que leur expérience les influence aussi dans ces choix. Ils limitent leur utilisation à ce qu'ils connaissent, ayant conscience de la limite de leurs connaissances.

Dr 1 « Alors est ce que c'est moi qui me suis auto-persuadé que c'était efficace mais je pense pas »

Dr 6 « Sauf que quand il faut l'associer avec d'autres molécules c'est parfois un peu plus compliqué. Donc heu, bon. Mais après on peut utiliser tout ce qu'on veut. Il n'y a pas vraiment de limite »

Dr 7 « pour la tolérance principalement, et, sur ma faible expérience d'une assez bonne efficacité, un bon retour »

5.2.14.1.13. L'antidépresseur oui mais pas que.

Un médecin rappelle que les antidépresseurs ne font pas à eux seuls le travail du traitement de la DPA et qu'il faut un travail aussi sur le fond, et si possible la cause, pour espérer une guérison. Il précise aussi que le maintien à domicile est important est que le traitement ne doit pas mettre plus en danger la PA qu'elle ne l'est.

Dr 8 « quelqu'un qui est anxiodépressif pur, on cherche pourquoi d'abord, et ce qu'on peut faire avant de donner un traitement, parce que souvent il y a une raison... l'isolement, des choses comme ça. Donc on peut déjà corriger avant, et puis après on voit si finalement ils font quelque chose, et finalement c'est assez rare. (...) A domicile on peut pas bien se permettre des traitements trop lourds, après il peut y avoir des chutes, des somnolences, des effets indésirables. »

5.2.14.1.14. Synthèse

L'initiation d'un traitement antidépresseur ne se fait pas dans la précipitation mais progressivement. Il prend en compte les antécédents du patient. Le traitement est occasionnellement initié par des confrères spécialistes et les MG n'hésitent pas à se remettre en

question. Les posologies à l'initiation sont plutôt des petits dosages afin de minimiser les phénomènes d'intolérance. Les antidépresseurs préférés et plus souvent cités par les MG sont les IRS et la miansérine parce qu'ils ont un bon rapport efficacité-tolérance et qu'ils sont bien maîtrisés. Un IRS Na est revenu plusieurs fois : la venlafaxine car elle présente des avantages différents des IRS. D'autres classes d'antidépresseurs sont cités par les MG notamment la tianeptine, mais dont la prescription est limitée, et les antidépresseurs tricycliques qui sont connus mais très rarement utilisés chez la PA. Les préférences des médecins se justifient par leur expérience à les manier, leur ressenti, et la bonne tolérance des PA. Certains médecins mentionnent que le traitement antidépresseur est important mais n'est qu'une partie de la prise en charge thérapeutique de la DPA. Ceci nous amène au chapitre suivant concernant les autres traitements de la DPA.

5.2.14.2. Autres traitements

5.2.14.2.1. Les anxiolytiques

Les MG utilisent de temps en temps des benzodiazépines comme anxiolytique en sus du traitement antidépresseur. Certains mentionnent leur modalité d'utilisation : une durée courte pour limiter la dépendance et plutôt des molécules à demi vie courte. Certains précisent qu'ils essaient de s'en passer, explicitant que l'utilisation n'est pas systématique mais malgré tout fréquente.

Dr 2 « les anxiolytiques heu... que je mets en traitement adjuvant. Alors là aussi benzodiazépines »

Dr 10 « Et puis au niveau des benzodiazépines j'utilise plutôt l'alprazolam ou du SERESTA (oxazepam) (...) Parce que le délai d'action est plutôt court et leur demi-vie courte.

Dr 11 « au tout début il peut y avoir des benzodiazépines, pour une durée que j'essaie d'être de moins de 3 mois pour éviter de se retrouver coincer après. En général je dirais 1 mois et demi 2 mois heu quand y a une angoisse majeure »

Dr 12 « j'essaie de me passer des benzodiazépines, dans la mesure du possible, parce que c'est vrai, ça marche très bien sur tout ce qui est phénomènes anxieux et cetera mais on a très rapidement un problème d'accoutumance. Et puis après pour sevrer les gens c'est très difficile. »

Dr 13 « j'évite le plus possible les anxiolytiques quand je peux »

Dr 15 « après comme disais l'autre il y a plusieurs écoles, mais généralement en début de traitement de mettre à la fois un antidépresseur et un anxiolytique sur heu quelques semaines et puis de l'arrêter (...) assez rapidement »

5.2.14.2.2. Les somnifères

Beaucoup moins mentionnés que les anxiolytiques les MG semblent très récalcitrants à les utiliser devant le risque de dépendance des PA.

Dr 11 « Les somnifères j'essaie de pas en donner. »

Dr 12 « Et comme, c'est comme pour les somnifères, ils sont très demandeurs (sourit) (...) et quand on commence à leur donner des ... des somnifères après on, on est coincé. Comme ils dorment bien, ils veulent plus en décrocher »

5.2.14.2.3. La sismothérapie

Peu mentionnée, certains MG pensent à l'électro-convulsivothérapie mais sont partagés sur l'indication chez la PA. Certains connaissent l'indication pour la dépression mélancolique mais un autre pense que c'est inadapté (contre-indiqué ?) chez la PA.

Dr 5 « les autres traitements de la dépression sont pas, je pense, pas adaptés aux personnes âgées. Comme les stimulations magnétiques »

Dr 8 « La sismothérapie, en cas de mélancolie. »

5.2.14.2.4. Les mesures psycho-sociales sont aussi importantes que le traitement médicamenteux

Certains MG vont avoir un discours qui explique que le traitement par antidépresseur n'est pas le principal et qu'il n'est pas la première intention chez une PA. Ils vont évoquer la discussion ou psychothérapie, le rétablissement d'un rythme circadien et l'importance de changer les conditions de vie. Une DPA peut être traitée sans antidépresseurs.

Dr 4 « je pense que la première thérapeutique c'est d'abord la discussion. »

Dr 6 « est-ce que le traitement est intéressant ou est ce qu'il risque d'être plus délétère ? et est ce qu'il y a d'autres moyens qu'un simple traitement et de la dépression ? est-ce que ce serait pas simplement le fait de les entourer un peu plus ? de leur envoyer l'infirmière qui passe effectivement tous les matins ou la kiné qui passe 3 fois par semaine, de voir du monde, de rythmer leur vie et de les obliger à s'astreindre à être levées le matin et à pas être dans leur lit jusqu'à une heure. »

Dr 7 « C'est quelque chose qui me paraît plus... essentiel en tout cas plus important à mettre en œuvre que les traitements médicamenteux en première intention, dans beaucoup de cas. Mais comme je disais on arrive souvent à faire des choses avec la famille et les soignants et de plus en plus dans les maisons de retraite y a quand même des activités beaucoup de choses qui sont, qui permettent des fois de... de limiter... la prise en charge médicamenteuse »

Dr 8 « C'est souvent d'abord changer les conditions de vie, après un traitement assez, assez simple. Et puis après on voit. Si après, si on est obligé de passer, passer à la vitesse supérieure. »

Dr 9 « Parce que traiter la dépression c'est une chose mais si on peut arriver, quand y a une cause si on peut arriver à traiter la cause ou en tout leur faire comprendre, leur faire prendre conscience de certaines choses, je pense en tout cas que c'est bien. Ça permet justement de raccourcir la durée des traitements. Enfin moi ... après on les traite pas forcément tous par antidépresseurs non plus hein »

5.2.14.2.5. La psychothérapie : rôle important voire décisionnel dans la thérapie

La psychothérapie est recommandée par de nombreux médecins. Elle permet de rompre l'isolement de la PA, de renouer un dialogue et éventuellement de faire un travail afin d'aller vers une guérison. Les médecins n'auraient pas le temps de discuter avec leur patient donc ils les orientent en général vers un psychologue, parfois un psychiatre.

Dr 3 « je travaille beaucoup avec une psychologue. Heu... parce que ... parce qu'on retombe sur le phénomène qu'on n'a pas assez de temps nous pour discuter avec eux. Et.... Et y a souvent l'isolement dans la, chez la personne âgée. Et donc heu un suivi psychologique est important, à mon avis »

Dr 5 « que le traitement médicamenteux heu dans le meilleur des, si possible doit être accompagné d'une prise en charge psychologique (...) je pense qu'il faut, qu'il faut re-moduler les systèmes de pensée de la personne âgée et que les entretiens peuvent l'aider à reconsidérer tous les attraits qui lui reste »

Dr 9 « on voit déjà avec le psychologue si on peut heu gérer heu par la thérapie ou s'il y arrive ou il dit c'est un peu juste, à ce moment-là on on met un traitement en route. »

Dr 16 « je connais de nom tout ce qui est thérapie comportementale mais je je je ne sais pas faire et c'est pour ça que pour le coup le psychologue est peut-être intéressant »

Cependant, certains médecins sont sceptiques concernant l'utilité réelle de la psychothérapie chez une PA dans le contexte d'un traitement antidépresseur efficace. Les a priori négatifs des patients âgés limitent aussi leur adhésion à cette forme de traitement.

Dr 4 « le CMP pour les personnes âgées... c'est pas terrible en fait. Ils aiment pas du tout. Fin la plupart du temps ils reviennent pas »

Dr 13 « il y a le suivi psychothérapeutique mais c'est plus compliqué chez la personne âgée, enfin je pense, c'est pas forcément, on sent que c'est plus compliqué quand même comme... comme démarche. C'est pas forcément évident quoi pour une personne âgée »

Dr 12 « la psychothérapie, mais bon il faut que la personne soit d'accord pour aller voir le psychiatre. »

Dr 14 « et puis on n'est sur une autre génération quand même, pas forcément beaucoup beaucoup de...de facilités à accrocher les psys non plus ...donc c'est pas évident... mais si ils sont partants moi je, voilà... Après si j'ai une efficacité top du traitement et que ça va plutôt pas mal, qu'ils ont une vie correcte, aller bouffer de la psycho à 85 piges, aucun intérêt pour qui que ce soit. »

5.2.14.2.6. La prise en charge sociale : replacer la PA au sein de la société et l'entourer.

Plus tôt nous avons vu la part causale de la société et de l'entourage dans l'apparition d'une dépression chez la PA. Dans la même idée, certains médecins considèrent que la prise en charge au niveau social et familial d'une PA est importante pour soigner cette pathologie. Le médecin

veut l'inclure dans un groupe social et rétablir un réseau autour d'elle. Cela passe aussi par la reprise d'une hygiène et d'un rythme de vie. Dans ce but, le médecin généraliste s'adresse à la famille et met en place des aides paramédicales à domicile. Concernant les EHPAD, la prise en charge est plus facile puisque tout est accessible. Pour certains médecins, il s'agit de refaire la place à la PA perdue voire abandonnée dans notre société actuelle.

Dr 1 « Pour qu'ils se repositionnent dans la société. Voilà. Parce qu'ils sont en fin de vie et ... et quelques fois ils en ont conscience d'abord, et ensuite y y remettent en question, heu... un certain nombre de choses fondamentales...heu... heu... qu'est-ce que la vie, à quoi ça sert et cetera. Voilà. Donc heu je leur demande de se repositionner là-dessus. Puis on parle. »

Dr 4 « c'est important d'être accompagné dans ses derniers jours »

Dr 6 « est-ce que ce serait pas simplement le fait de les entourer un peu plus ? de leur envoyer l'infirmière qui passe effectivement tous les matins ou la kiné qui passe 3 fois par semaine, de voir du monde, de rythmer leur vie et de les obliger à s'astreindre à être levées le matin et à pas être dans leur lit jusqu'à une heure. »

Dr 7 « Mais comme je disais on arrive souvent à faire des choses avec la famille et les soignants et de plus en plus dans les maisons de retraite y a quand même des activités beaucoup de choses qui sont, qui permettent des fois de... de limiter... la prise en charge médicamenteuse »

Dr 8 « Des prises en charges paramédicales, oui un psychologue, un psychiatre, oui, de l'orthophonie s'il y a un trouble de la parole, enfin tout ce qui peut entourer. Le kinésithérapeute. Tout peut servir un petit peu d'antidépresseurs, avec la mise en place d'une infirmière, un kiné, d'une aide-ménagère, tout ça. Après d'un point de vue paramédical, le kiné, l'orthophoniste... »

Dr 11 « des disciplines non-médicales c'est je dirais l'inscription à des heu... entre guillemets à des activités de loisirs, (...) de les refaire participer à la vie, à la vie de la commune le cas échéant, à la vie d'un groupe, de retrouver des amis ou de s'en faire, (...) Leur donner une place. Leur donner ... et je dirais dans certains cas pour beaucoup leur redonner une place »

Dr 15 « Après chez la personne âgée, surtout si elle est, chez les personnes âgées, surtout si elles sont... en situation un peu de dépendance, et un peu de solitude, il y a un truc qui est simple et extrêmement efficace, ça s'appelle le passage de l'infirmière à domicile. (Rit) c'est... éventuellement même kiné ou choses comme ça. C'est... extrêmement efficace. »

5.2.14.2.7. Ce n'est pas le rôle de la famille de traiter la DPA

Pour autant, d'autres médecins sont en faveur d'un rôle familial de soutien sans un rôle thérapeutique en dehors de l'urgence. Il faut aussi protéger les aidants naturels qui sont souvent le garant du maintien à domicile.

Dr 11 « Je disais que les liens se distendent mais ils doivent être des liens pas de thérapeutique, c'est pas aux enfants de, c'est pas aux conjoints, c'est pas (aux)voisins de faire les psychiatres de substitution. Je veux dire, ils peuvent être là lanceur d'alerte, ils peuvent être là bon, ne pas abandonner la personne et décrocher le téléphone à sa place, mais bon c'est pas ... c'est pas à eux du tout d'intervenir. »

5.2.14.2.8. Autres thérapeutiques naturelles

Certains médecins ont eu l'expérience de médecine naturelle qu'ils peuvent éventuellement conseiller aux PA. La luminothérapie serait aussi efficace que le traitement habituel selon Dr 15. Il peut s'agir de resituer et rassurer la PA par la musicothérapie ou entamer une remise en question et un recentrage par l'écriture. L'hypnose est mentionnée. La phytothérapie serait utilisée en cas de phénomènes anxieux mais avec précaution. Elle est utilisée comme adjuvant aux antidépresseurs.

Dr 1 « c'est la musicothérapie. J'ai encore jamais assisté à ces séances mais j'ai... parce que je n'ai pas le temps, mais, heu, mais j'ai vu des gens transformés. (...) La musique c'est quelque chose de très... de très... léger, de très enjoué, de très révélateur aussi de... de... voilà. Ça permet effectivement à la personne de se retrouver dans un, dans un... un contexte rassurant. »

Dr 1 « Proposer au patient, de faire lui-même, quand il a suffisamment ...heu... envie de le faire, de faire par lui-même sa propre psychothérapie. C'est à dire que je lui demande d'écrire »

Dr 2 « j'utilise assez volontiers ... les produits comme la valériane, l'aubépine. Millepertuis très peu parce que, parfois il y a des effets secondaires (...) mais dans la dépression je reste bien sur des antidépresseurs vrais et des IRS en général »

Dr 14 « l'hypnose »

Dr 15 « On a une étude qui est sortie il y a pas très longtemps qui montrait que... la luminothérapie était au moins aussi efficace que le médicamenteux. Euh...bah les suivis psychologiques »

5.2.14.2.9. Synthèse

Les anxiolytiques sont utilisés par les MG en accompagnement des antidépresseurs pendant les premières semaines ou premiers mois de traitement. Ce n'est pas une utilisation systématique car les médecins connaissent les risques de dépendance chez les PA. Pour les mêmes raisons, les somnifères sont à peine mentionnés. La sismothérapie est citée comme un traitement spécialisé dont les indications ne sont pas bien connues par les médecins généralistes.

Plusieurs médecins expliquent qu'ils existent d'autres mesures avant le traitement par antidépresseurs qui peuvent être plus importantes voire suffisantes. On retrouve la psychothérapie, l'entourage familial ou professionnel, et l'amélioration des conditions de vie. Un médecin apporte une nuance, expliquant que si la famille est un soutien, elle ne doit pas être le thérapeute du patient. Des thérapies naturelles telles que l'hypnose, la luminothérapie, la musicothérapie et la phytothérapie sont aussi mentionnées comme adjuvants ou alternatives au traitement médicamenteux.

5.2.15. Orientation vers une prise en charge psychiatrique

5.2.15.1. Un recours rare

Dr 6 « à ce moment-là j'oriente, mais c'est assez exceptionnel. »

Dr 7 « J'avoue que c'est rare »

Dr 17 « Mais purement pour la dépression, adresser au psychiatre non ça ne met pas arrivé. »

5.2.15.2. Si les compétences du MG sont dépassées

Dans les cas cliniques complexes et dès que le MG ressent qu'il ne maîtrise plus la situation, les PA sont orientées vers une prise en charge spécialisée. Il peut s'agir des patients non répondeurs au traitement mais, en général, ce sont plutôt des DPA graves ou des formes associées à des troubles du comportement et, ou des troubles cognitifs.

Dr 3 « Quand j'ai l'impression de pas... soit au départ quand je suis pas sûr de mon coup et que je sens le ...le truc qui me file un peu entre les doigts et que je sens que, que ça marche pas. »

Dr 4 « l'organisation psychiatrique c'est un petit peu particulier aussi, c'est heu... après ils y a des services de gérontopsy et de psychiatrie qui sont très intéressants aussi, j'ai déjà travaillé avec eux. C'est vraiment en général pour des cas relativement graves qui relève pas forcément que de la dépression. »

Dr 5 « la désorientation ou alors le manque d'accompagnement, ... les troubles du comportement »

Dr 6 « quand j'arrive plus à le gérer. Du moment que j'arrive pas à gérer, si son traitement n'est pas efficace s'il y a d'autres trucs derrière, de toute façon je l'envoie oui effectivement en... en gériatrie pour qu'il soit réévalué au niveau psy et et éventuellement traité. »

Dr 10 « l'association des troubles des fonctions supérieures et de la dépression. Ils sont assez difficiles à gérer parfois. Et heu l'inefficacité de la prise en charge initiale en ambulatoire »

5.2.15.3. En cas d'une mauvaise évolution

En cas d'échec du traitement instauré par le MG ou d'apparition de troubles psychiatriques plus graves au cours du traitement, le patient sera orienté pour une prise en charge spécialisée car les compétences du MG ne suffisent plus.

Dr 2 « quand j'ai l'impression qu'il y a des problèmes de...de troubles de personnalité qui font dépressifs heu... de façon ...chronique. Et puis ...si y a des ... si j'ai l'impression que la dépression est liée à un trouble psychologique ou... 'fin, qui nécessite un traitement de fond. En gros tout ce qu'est pas réactionnel. »

Dr 4 « C'est vraiment en cas d'échec quoi. Si vraiment tout le reste n'a pas marché. »

Dr 7 « L'évolution me semble pas bonne et du coup je laisse la main plutôt au psychiatre. »

Dr 12 « Bah quand je sens que vraiment le traitement médicamenteux et les entretiens que je peux avoir avec eux, ne sont pas suffisant et que les choses n'avancent pas du tout. »

Dr 16 « je vais avoir besoin du psychiatre voilà, la gravité et puis la non-évolution ou mauvaise évolution des symptômes. »

5.2.15.4. Afin d'améliorer le dialogue

Certains médecins orientent leur patient afin de renouer un dialogue médecin-malade qui peut être perturbé par la proximité parfois familiale d'un MG et son patient. Ceci peut être proposé par le médecin ou demandé par le patient.

Dr 7 « Ça va être surtout, surtout des demandes du patient. »

Dr 11 « quand je dirais que je sens qu'il y a des choses à dire mais que le patient a du mal à évoquer... heu et aura peut-être besoin d'une autre... de quelqu'un d'inconnu pour lui, je dirais même s'il y a, je veux dire quand on connaît toute la famille, ça peut aussi être quelque fois un peu gênant, ils ont envie de quelqu'un de neuf »

5.2.15.5. En cas de mise en danger

La présence d'idées suicidaires ou de danger imminent incite les médecins à adresser leurs patients âgés vers une prise en charge spécialisée.

Dr 1 « Quand je sens que y a un danger »

Dr 9 « qu'il a vraiment des, des envies suicidaires, qu'il est vraiment très mal, et l'impression que nous en tant que généralistes, qu'on va pas réussir à comprendre pourquoi et qu'on va pas réussir avec des médicaments à l'aider suffisamment rapidement pour... pour passer le cap... ce cap critique »

Dr 10 « puis les phénomènes de prise de ... d'hétéro ou d'auto agressivité. »

5.2.15.6. Quand l'entourage le demande

Nous avons vu l'importance de l'entourage au cours de la prise en charge pour le médecin généraliste. Ainsi, il considère les requêtes de l'entourage pour décider d'une prise en charge psychiatrique.

Dr 8 « La demande de la famille aussi, bien sûr. De la famille, de l'entourage, du personnel qui l'entoure tous les jours, les infirmières et tout qui sont des, les aides ménagères, les infirmières, les aides-soignantes, c'est vrai, qui sont au contact tous les jours avec. (...) c'est eux qui nous, qui nous alertent »

Dr 15 « c'est l'entourage, quand il signale que vraiment, quand il amène les patients euh... quasiment de force et qu'il signale que vraiment ça va pas. Ça c'est vraiment le... généralement sonnette d'alarme. »

5.2.15.7. Pour une psychothérapie

Le psychiatre peut aussi être conseillé afin de réaliser une psychothérapie ciblée. Nous n'avons pas abordé les raisons d'une orientation vers un psychiatre ou vers un psychologue pour la psychothérapie.

Dr 17 « Parce que les gens âgés ont beaucoup besoin de parler, d'avoir un contact, et je pense que c'est au moins 50% du traitement. »

5.2.15.8. Plutôt la gériatrie que la psychiatrie

Devant les cas de DPA associée à des démences ou d'autres troubles somatiques, certains médecins préfèrent d'emblée orienter leurs PA vers une prise en charge plus globale en gériatrie. Ils chargent donc le gériatre de faire la part des choses.

Dr 6 « globalement j'aurais tendance à dire que là du coup c'est plutôt les gériatres, qui sont un peu au, un peu formés aux problèmes de la pathologie psychiatrique de la personne âgée et l'Alzheimer ou un trouble cognitif machin et autres. Vraiment pour moi, j'enverrai plutôt en gériatrie. »

5.2.15.9. Les difficultés

Discuter de l'orientation vers un psychiatre permet aux MG d'aborder le thème de leurs rapports difficiles avec cette spécialité. Dans un souci de clarté, nous les aborderons dans le chapitre concernant les difficultés du MG dans la prise en charge de la DPA.

5.2.15.10. Synthèse

Les MG constatent orienter rarement leurs patients âgés vers le psychiatre. Les motifs d'orientation sont liés à la prise en charge : quand leurs compétences sont dépassées autour de cas cliniques complexes, notamment pseudo-démentiels, ou si l'évolution de la dépression n'est pas favorable sous traitement. Le psychiatre est aussi sollicité, soit à la demande du MG, soit à la demande du patient, pour rétablir une relation de confiance et le dialogue entre médecin et malade. Il peut aussi s'agir d'une demande provenant de la famille. Les patients sont parfois orientés vers un psychiatre pour bénéficier d'une psychothérapie spécialisée. Par ailleurs, certains médecins généralistes préfèrent d'abord adresser les PA vers un gériatre afin de faire la part des choses entre les phénomènes psychiatriques et somatiques.

Les nombreuses difficultés concernant l'orientation des patients âgés vers un spécialiste, psychiatre ou gériatre, seront abordées plus loin.

5.2.16. Les motifs d'hospitalisation

5.2.16.1. S'il y a des critères de gravité

Les médecins hospitalisent leurs patients en cas de signes de gravités. Par exemple, si les symptômes sont difficilement contrôlables par une prise en charge ambulatoire, notamment comme l'anxiété, les médecins se tourneront pour une prise en charge hospitalière.

Dr 7 « justement dans ces arguments de gravité »

Dr 8 « Plus oui chez quelqu'un bah qui se qui se laisse mourir, oui une personne âgée qui se laissera mourir, une personne âgée qui ne mange plus, voilà oui c'est ça surtout ; qui s'alimente plus, voilà, qui bouge plus, qui est isolée, des choses comme ça »

Dr 11 « qui est dans une angoisse terrible »

Dr 13 « c'est-à-dire quand je sens qu'il y a des critères de gravité »

Les conséquences somatiques de la DPA font partie des signes de gravité précédemment décrits. Cela regroupe la dénutrition, mais aussi la décompensation des autres pathologies du patient. Une hospitalisation permet de les protéger d'eux même afin de passer ce cap de danger vital.

Dr 5 « Des patients (...) qui peuvent avoir une décompensation somatique »

Dr 6 « chez qui la dégradation commence à être importante, pour pouvoir vraiment faire une pause, de les mettre à l'abri »

Dr 7 « sur principalement l'alimentation, la dénutrition »

Dr 10 « sur complication immédiate »

5.2.16.2. Selon le ressenti du médecin généraliste

Nous revenons sur le ressenti du médecin généraliste, qui sera aussi pris en compte pour une décision d'hospitalisation.

Dr 13 « Voilà mais bon, moi ça marche un peu au feeling en fait. J'ai pas de euh... là vous me poser des questions précises euh... (silence) mais en fait c'est un petit peu au ... c'est au feeling ouais »

5.2.16.3. En cas de demande du patient

Un seul médecin fait mention de la demande directe du patient. Nous verrons plus loin que les patients sont généralement réticents à l'hospitalisation.

Dr 14 « Une fois une dame, elle était âgée, mais bon c'est elle qui me l'avait demandé. »

5.2.16.4. En lien avec l'isolement de la PA

L'isolement est un facteur de gravité suscité par les MG. Ils sont plusieurs à considérer que c'est aussi un motif d'hospitalisation puisque la PA est plus à risque de se mettre en danger.

Dr 1 « Bah, si, dans ce cas-là il n'y a pas d'entourage donc c'est rapide ! »

Dr 6 « alors chez des gens qui sont trop isolés »

Dr 10 « une prise en charge ambulatoire n'est pas possible à cause de l'isolement du patient, à cause l'absence de tissu social autour du patient, son isolement »

Dr 13 « surtout quand l'entourage est pas, quand il y a pas d'entourage par exemple. Euh... quand je sens qu'il y a pas d'aidants, quand il y a pas de... heu oui quand il y a pas d'entourage familial »

5.2.16.5. En prenant en compte l'avis de l'entourage ou s'il est dépassé

L'avis de l'entourage rentre aussi en compte dans cette décision à l'instar du reste de la prise en charge. Pour certains il semble plus naturel de prendre la décision avec la famille plutôt qu'avec le patient car il est âgé. De même, si l'entourage n'est plus à même de soutenir la PA dépressive, elle sera hospitalisée.

Dr 1 « Dès que je pense heu que l'entourage heu est débordé, ne peux plus faire face »

Dr 3 « ou si la famille m'exprime une... enfin, s'ils m'expriment des idées bien évidemment, mais si la famille est inquiète oui, éventuellement »

Dr 16 « c'est plus avec la famille qu'on va en discuter quand c'est une personne âgée »

5.2.16.6. En cas de prise en charge compliquée

Toutes les prises en charge complexes où le MG sent ses compétences dépassées sont orientées. Nous l'avions vu pour l'orientation vers un psychiatre, mais dans certains cas cela relève d'une hospitalisation.

Dr 6 « chez qui c'est trop compliqué »

Dr 8 « c'est à dire que chez la personne âgée la dépression rentre dans un mélange de plusieurs choses. Une pathologie physique, une pathologie cognitive (...) ça intervient dans un contexte »

5.2.16.7. En cas de refus de soin

Ainsi, on retrouve le refus de soin comme motif d'hospitalisation, puisque cela rompt la relation médecin malade et la thérapeutique, promettant une mauvaise évolution de la maladie dépressive.

Dr 7 « Ou l'arrêt des traitements, le refus total de soins »

Dr 10 « sa non-compliance aux soins également »

Dr 15 « C'est sûr que chez une personne qui est seule on... on n'aura pas de suivi de l'observance »

5.2.16.8. L'échec du traitement

L'échec du traitement associé à des symptômes inquiétants va pousser le médecin à orienter le patient vers une hospitalisation.

Dr 2 « Je dirais que c'est surtout sur un critère d'échec de traitement quand je les mets en route. Si j'vois qu'il n'y a pas d'amélioration au bout de quelques jours (...) après avoir essayé un traitement correct à bonne dose suffisamment longtemps. Si ça marche pas je fais hospitaliser. »

Dr 11 « que je n'arrive pas à, à à à améliorer l'état clinique si j'en suis déjà entre guillemets à mon deuxième antidépresseur à dose progressive et cetera, donc voilà quand vraiment ça pagaille. »

5.2.16.9. En cas de mise en danger ou des idées suicidaires

Pour les médecins il est évident qu'une PA présentant un risque suicidaire imminent sera orientée mais de préférence hospitalisée. Concernant les formes plus passives, ils ont conscience que le traitement ambulatoire est à haut risque et préfèrent hospitaliser aussi.

Dr 2 « si y a des signes particulièrement intenses avec des idées suicidaires ou autres... Là, ça paraît oui »

Dr 3 « S'il y a un risque vital »

Dr 4 « Après si vraiment il y a des menaces suicidaires des choses comme ça, bah là évidemment on les fait hospitaliser. »

Dr 8 « Plus oui chez quelqu'un bah qui se qui se laisse mourir »

Dr 10 « sur un risque imminent de passage à l'acte »

Dr 11 « qui risque aussi volontairement ou involontairement entre guillemets de se tromper dans sa prise de médicaments, parce que même si on peut faire passer une infirmière il peut y avoir quelques fois des couacs. »

Dr 11 « deuxièmement quand y a une quand y a des des une évocation suicidaire évidemment ou d'emblée ou au cours de la maladie »

5.2.16.10. En cas de dépendances ou de troubles cognitifs

Les troubles cognitifs ou la dépendance complexifient la prise en charge de la DPA en ambulatoire pour les MG. Ainsi, ce sont des patients qu'ils peuvent orienter pour une hospitalisation.

Dr 10 « aussi s'il n'a pas de fonctions supérieures suffisamment équilibrées pour pouvoir être pris en charge en ambulatoire »

Dr 15 « Et puis par pour les personnes âgées évidemment, 'fin de facto, et... enfin de façon interdépendante, pour les les situations de dépendances »

5.2.16.11. Des hospitalisations rares

Concernant la fréquence d'hospitalisation, les médecins constatent qu'ils hospitalisent qu'exceptionnellement leurs patients âgés pour dépression. Pour certains cette question entraîne des réactions d'étonnement. Dr 6 explique qu'il est réticent à adresser ses patients car l'hospitalisation est souvent mal vécue par les PA. Il évoque l'impact traumatisant de l'hôpital et le risque de syndromes confusionnels. Nous verrons plus loin qu'il redoute aussi le comportement irrespectueux de ces collègues envers les PA.

Dr 2 « C'est très rare que je fasse hospitaliser. »

Dr 6 « Alors j'hospitalise exceptionnellement les gens. Et je suis très partagé et j'hospitalise assez rarement les gens parce que je pense qu'on les déstructure aussi beaucoup quand on les hospitalise quand ils sont vraiment âgés. »

Dr 14 « (Pause) Pour dépression ? (J'acquiesce) waouh... jamais fait. Jamais fait. »

Dr 16 « ça m'est jamais arriver d'hospitaliser une personne âgée pour l'état dépressif »

5.2.16.12. Quels services hospitaliers sont ciblés ?

Plusieurs médecins mentionnent les services vers lesquels ils envoient leurs patients. Ils aimeraient les envoyer vers des services de psychiatrie ou gériatrie. En pratique, ils sont régulièrement obligés de les envoyer aux urgences médicales qu'ils considèrent inadaptées aux PA dépressives.

Dr 3 « Au bout du compte je me fais piéger et j crois je les envoie dans les urgences. Très souvent. »

Dr 6 « je les fait entrer à ce moment-là en service gériatrique »

Dr 11 « les urgences médicales »

Dr 12« centre de gérontopsychiatrie à l'Arbresle »

5.2.16.13. Les alternatives avant l'hospitalisation

Cependant, les médecins préfèrent éviter le plus possible l'hospitalisations des PA. Leurs alternatives se composent le plus souvent d'une augmentation du suivi et de consultations spécialisées avec un gériatre ou un psychiatre.

Dr 6 « de voir une consultation de... de gérontopsychiatre même sur des CMP (centre médicopsychologique) enfin avoir un avis, essayer de discuter pour, plus éventuellement pour des stratégies thérapeutiques un peu compliquée. »

Dr 11 « on va dire qu'on va essayer de passer par la case consultation la majorité des cas »

Dr 17 « des discussions, des visites répétées, éventuellement une aide médicamenteuse, le passage du psychologue »

5.2.16.14. Synthèse

Les médecins généralistes hospitalisent les PA pour différentes raisons. Au niveau médical, ils évoquent une prise en charge compliquée ou la présence de critères de gravité. On retrouve le refus de soins, la mise en danger ainsi que les conséquences somatiques de la DPA. Les personnes dépendantes ou dont l'autonomie est compromise sont aussi plus facilement hospitalisées par les médecins généralistes.

Par ailleurs, certaines raisons non-médicales comme le ressenti du médecin généraliste et l'avis de l'entourage rentrent en compte dans la décision. On retrouve aussi des raisons sociales telles que l'isolement de la PA ou l'épuisement de l'entourage. Si possible, ils orientent leurs patients âgés dans un service de psychiatrie ou de gériatrie mais au vu des difficultés, les patients sont régulièrement adressés aux urgences médicales.

L'hospitalisation d'une PA pour dépression semble peu fréquente et parfois redoutée par les MG. Ils préfèrent des alternatives comme les consultations spécialisées. Pour résumé, les PA sont adressés vers des spécialistes en cas de prise en charge difficile ou complexe, et si l'orientation vers une prise en charge psychiatrique ambulatoire est rare, l'hospitalisation est exceptionnelle.

5.2.17. Particularités de la DPA

5.2.17.1. La DPA est peut-être physiologique

Certains médecins posent la DPA comme un phénomène physiologique en lien avec le vieillissement.

Dr 8 « Une personne âgée bah c'est particulier mais est-ce qui peuvent, mais est-ce que c'est pas, est ce que ça va pas avec l'âge en fait un peu la dépression ? Est-ce que c'est pas quasiment un peu obligatoire ? Le fait d'être âgée et tout on sait pertinemment que ça va mal se finir »

Dr 8 « Le fait de... le fait d'arriver à un grand âge on ne peut que déprimer en fait. C'est quasiment, si on cherchait, on trouverait un trait dépressif chez tous ces grands vieillards, c'est forcé. »

5.2.17.2. Les PA ont un a priori négatif de la dépression et sont facilement dans le déni

Par ailleurs, la prise en charge de la DPA est différente au niveau de la perception des patients de la maladie. On retrouve l'image ancienne de la dépression folie. Il s'agit d'une faiblesse de l'âme honteuse qui est historiquement mal vue par la société. C'est une représentation qui influence moins les nouvelles générations.

Dr 2 « Mais chez les gens âgés, je pense que c'est aggravé par le fait que... comme y sont âgés, y pensent que c'est même pas la peine d'essayer. »

Dr 3 « Elle est ralentie par leur adhésion »

Dr 11 « Bon d'abord c'est pas une génération habituée à parler d'elle même et à parler de ses problèmes psychologiques. Ça se faisait pas ou au contraire ça se taisait plutôt. »

Dr 12 « Chez les jeunes c'est beaucoup plus facile, parce que quand on leur explique comment se déroule une psychothérapie ils acceptent volontiers »

5.2.17.3. Les PA ont un vécu différent de la maladie

Les MG ont l'impression que la PA atteinte de dépression le vit différemment qu'une personne plus jeune puisque leur mort se rapproche. Cela diminuerait leur espoir et leurs attentes de la vie et ainsi rendre plus difficile une guérison.

Dr 1 « Parce qu'ils sont en fin de vie et ... et quelques fois ils en ont conscience d'abord, et ensuite y y remettent en question, heu... un certain nombre de choses fondamentales...heu... heu... qu'est-ce que la vie, à quoi ça sert et cetera. Voilà. Donc heu je leur demande de se repositionner là-dessus. »

Dr 4 « Après, bah faut intégrer ça dans un contexte, l'idée de mourir et l'idée que la mort se rapproche naturellement je dirais. Effectivement ça donne une différence par rapport à quelqu'un de 20 ans qui n'a pas de raison de mourir quoi. »

Dr 9 « il y a des vécus qui sont différents, il y a quand même... une personne âgée elle va quand même être plus confrontée à la mort, par des proches, heu à la maladie »

Dr 13 « je veux dire leur espérance de vie est quand même limitée donc heu ils ont pas le même, il y a pas les mêmes perspectives »

5.2.17.4. Une population plus à risque de dépression

Au vu des éléments abordés précédemment, on peut comprendre que certains médecins pensent que les PA sont une population plus sensible à la dépression. La résilience de la PA est diminuée en lien avec le vieillissement ce qui la rend plus vulnérable à la dépression. De plus, ils abordent les antécédents d'évènements de vie difficiles qui par un phénomène d'accumulation peuvent aussi augmenter le risque de dépression.

Dr 1 « Les gens se, sont très sensibles à tout changement dans leur environnement. Et un moindre, un moindre petit souci heu... relationnel, peut heu ...faire basculer quelqu'un qui, qui est heu, sensi' heu entre guillemets sensibiliser heu à la dépression vers la dépression. »

Dr 1 « par le contexte est, est, est heu ... entre guillemets défavorable. Le patient sait qu'il est en fin de vie. Et quelques fois, il traîne dans son histoire personnelle heu, des traumatismes très anciens. »

5.2.17.5. La DPA est sous-estimée

Selon certains médecins, la dépression est présente mais sous-estimée chez la PA. Nous avons déjà abordé ce thème, notamment la difficulté à repérer la DPA.

Dr 3 « c'est... sûrement sous-estimé dans cette période, dans cette période de vie »

5.2.17.6. La prise en charge des PA est plus complexe

La prise en charge de la DPA est plus complexe pour les MG car ces patients ont un état de santé souvent déjà dégradé voire poly-pathologique avec parfois une poly-médication associée. De plus, c'est aussi plus complexe car elle prend plus de temps que chez les jeunes, et dépendante du contexte social.

Dr 9 « c'est des gens qui sont, enfin ça dépend, pas tous, mais souvent poly-pathologiques, je pense que c'est plus ... c'est plus délicat en termes de traitements et cetera par rapport aux interactions de, de faire plus attention »

Dr 10 « c'est une personne âgée qui a potentiellement plus de risques en termes d'effets secondaires des médicaments, qui est souvent déjà poly médicamentée, et sur lequel il faut prendre en compte les pathologies qui existent déjà »

Dr 11 « Heu chronophage, encore plus je pense. Et qu'il faut tenir compte de la ... encore plus des conditions sociales, financières heu... pratique on va dire, du domicile et cetera, je pense qui, oui, c'est c'est un peu différent car là vraiment on est sur une personne dans sa totalité »

5.2.17.7. La dépression des enfants et des PA : une prise en charge similaires

Pour certains médecins, la prise en charge de la DPA présente des similitudes avec la prise en charge de la dépression de l'enfant notamment en termes de complexité. Ce sont deux populations qui expriment peu leur souffrance morale et qui dépendent beaucoup de leur entourage.

Dr 3 « Mais là l'aide de la famille est beaucoup plus importante aux 2 extrémités de la vie, pour toute les pathologies, en particulier pour le pour la... voilà »

Dr 14 « c'est des patients, c'est comme les gamins, c'est pareil moi je les mets vraiment dans le même sac. (...) parce que je trouve que dans la prise en charge c'est aussi compliqué »

5.2.17.8. Un pronostic plus sombre que la personne jeune et une pathologie plus rapidement délétère

La PA est un patient fragile avec une capacité à se remettre des problèmes de santé qui diminue avec l'âge. Certains médecins pensent donc que le pronostic d'une DPA est moins bon que chez le jeune notamment car le retentissement somatique est plus rapidement délétère.

Dr 1 « Alors que le sujet jeune il a le droit de faire une dépression réactionnelle à un événement particulier. (...) et puis a priori il a plus de chance de s'en sortir quoi.

Dr 6 « si on ne s'en occupe pas, à mon avis, assez vite, heu, ça a retentissement sur leur état de santé général qui est beaucoup plus catastrophique beaucoup plus rapidement. Parce que si on se retrouve qu'ils se mettent à ne plus manger, machin, qu'ils sont déjà fragiles, on va se retrouver à la catastrophe dans un délai assez court »

5.2.17.9. Les particularités cliniques de la DPA

La clinique de la DPA serait d'évolution plus lente avec un discours de mort difficile à cerner non présent chez les patients jeunes. La présentation clinique serait aussi plus atypique notamment par la dépression pseudo-déméntielle.

Dr 2 « ça revient un peu à ce qu'on disait tout à l'heure... le discours de la mort Mais... c'est une forme de dépression différente de celle qu'on va rencontrer chez des gens plus jeune. »

Dr 3 « Elle est différente parce qu'elle est ralentie. »

Dr 5 « les signes d'évolution sont peut-être moins présents et moins évidents que chez les sujets jeunes. »

Dr 11 « alors après évidemment ça peut déborder sur des troubles du comportement révélateurs, ça peut déborder sur des troubles de mémoire révélateurs, donc chez l'âgé c'est peut-être un peu plus large »

Dr 11 « plus ils vieillissent et plus c'est, plus c'est différent. »

5.2.17.10. Les différences au niveau du repérage

La DPA est plus difficile à repérer que chez une personne jeune selon les MG. Cela en lien avec leur clinique particulière et leur manque d'expressivité amenant à des dépressions masquées.

Dr 3 « âgée c'est souvent beaucoup plus sournois... avec beaucoup plus ... plus sur le feeling qu'on va le voir ... plus heu... »

Dr 3 « Elle est ralentie heu dans le diagnostic, parce que les symptômes sont souvent cachés. »

Dr 4 « Les dépressions masquées y en a peut-être moins que chez les jeunes mais ça peut exister aussi hein. »

5.2.17.11. La particularité de la DPA au niveau du traitement antidépresseur

En termes de traitement antidépresseur, les médecins se méfieraient plus des effets indésirables, entre l'éventuelle poly-médication et une tolérance plus délicate, en adaptant plus progressivement les posologies à des doses initialement moindres.

Dr 2 « la différence je la vois au niveau de la thérapeutique avec les doses »

Dr 4 « faut faire attention aux doses, faut pas non plus les shooter ça c'est sûr au niveau médicament. »

Dr 5 « les traitements sont à adapter très progressivement »

Dr 15 « c'est plus compliqué parce que départ on a très souvent d'autres pathologies greffées, parce qu'on a généralement des traitements médicamenteux autres ce qui peut nous donner des interactions qui sont des fois surprenantes »

Dr 17 « je ferais plus attention au dosage, à l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique, heu, l'insuffisance cardiaque, heu voilà. Donc plutôt par rapport aux autres pathologies »

5.2.17.12. L'hospitalisation en cas de DPA

Les MG ont moins envie d'hospitaliser les PA, et ils mettent en place une organisation à domicile autant que possible ; alors que chez le jeune, leur décision est rapide. Chez la PA, le MG s'occupe seul de la prise en charge même en cas de risque suicidaire pour Dr 17. Ceci nous rappelle les effets secondaires « déstructurant » des hospitalisations chez les PA mentionnés plus tôt.

Dr 6 « On a déjà pour la prise médicamenteuse pour la surveillance des thérapeutiques pour pas faire n'importe quoi, donc déjà ça veut dire qu'il faut les infirmières, faut les machins. Chez l'adulte jeune c'est ou il se débrouille tout seul ou vous le foutez en clinique psychiatrique si il peut pas. Je veux dire il n'y a pas, il n'y a pas d'entre-deux. »

Dr 17 « chez quelqu'un de jeune oui avec un risque suicidaire oui. Chez les gens âgés c'est, c'est pratiquement, fin non, on le fait pas quoi, en général on le gère nous-même »

5.2.17.13. La PA et la DPA : lien avec la situation socio-familiale

La DPA est particulière car la personne âgée est plus sensible aux conditions socio-économiques et familiales notamment à l'isolement. Les personnes jeunes seraient bien moins dépendantes de leur entourage facilitant leur prise en charge.

Dr 6 « Elle est différente de l'autre dans le sens qu'on est obligé de tenir compte du contexte familial et de s'adapter au contexte familial. Parce que souvent la personne âgée est isolée. (...) ça modifie considérablement la prise en charge de la personne âgée »

Dr 11 « des disciplines non-médicales c'est je dirais l'inscription à des heu... entre guillemets à des activités de loisirs, (...) de les refaire participer à la vie, à la vie de la commune le cas échéant, à la vie d'un groupe, de retrouver des amis ou de s'en faire, (...) Leur donner une place. Leur donner ... et je dirais dans certains cas pour beaucoup leur redonner une place »

Dr 16 « alors la différence sera peut-être avec la famille, voilà, on va s'appuyer beaucoup plus sur famille avec la personne âgée »

Dr 15 « Qu'on a le souci... de l'isolement et de la dépendance (...) c'est tous des trucs pratiques qui complique les choses, plus que pour des gens qui ... plus jeunes et éventuellement moins dépendants. »

5.2.17.14. Les particularités des DPA en EHPAD

Les PA en EHPAD seraient plus dépressives que les PA à domicile, même si l'infrastructure facilite leur prise en charge.

Dr 2 « justement ils ont plus de projet de vie quand ils sont en maison de retraite, parce que justement, on leur en fait mais eux n'en n'ont plus. »

Dr 8 « quelqu'un qui est en institution, il est, il a laissé sa maison, il ne peut être que déprimé »

5.2.17.15. Pour certains médecins : la prise en charge de la dépression est identique à tout âge

En opposition à tout ce qui a été dit précédemment certains médecins recadrent le sujet en expliquant que la dépression est une souffrance quel que soit l'âge et que la prise en charge est dans le fond identique, uniquement adaptée aux problèmes inhérents des PA.

Dr 2 « que je trouve que la souffrance est la même. (...) quelqu'un qui est dépressif je vais le traiter quel que soit son âge de toute façon. »

Dr 6 « je vois pas pourquoi il faudrait évaluer différemment le traitement différemment le traitement antidépresseur chez une personne âgée que chez une personne normale. Dans les 2 cas ils sont dépressifs »

Dr 8 « Les signes de gravité... (...) c'est pareil qu'un sujet jeune »

Dr 9 « après sur le plan de ... non. Sur le plan de la prise en charge pure non je pense pas »

Dr 10 « sur le principe de la prise en charge, heu globalement je pense que ça doit être à peu près similaire. »

Dr 15 « fondamentalement les mécanismes sont les mêmes. »

Dr 16 « maintenant je pense que je ferais comme avec les plus jeunes. » (En terme de thérapeutique)

5.2.17.16. Mais toutes les personnes sont différentes donc toutes les dépressions sont différentes

Dr 14 « Je pense que chaque prise en charge de dépression est différente de l'autre. »

5.2.17.17. Synthèse

La DPA est différente pour l'ensemble des médecins car plus difficile à prendre en charge que chez l'adulte jeune. Pour certains médecins la DPA est un phénomène physiologique en lien avec le vieillissement.

Les PA ont un point de vue négatif de la dépression pouvant entraîner un déni de leur pathologie et une mauvaise adhésion au traitement. Leur vécu de cette pathologie est donc aussi plus difficile. De plus, les PA peuvent avoir des antécédents d'évènements de vie difficiles qui par un phénomène d'accumulation peuvent aussi augmenter le risque de dépression. On peut rajouter que l'acceptation de l'approche de la mort peut être difficile et peut générer du désespoir ; mais les PA peuvent parler de la mort en dehors du contexte de la dépression. Au vu de ces éléments, les PA forment une population de patients plus à risque de dépression et dont le pronostic de la PA est plus sombre qu'un adulte jeune.

Selon certains médecins, la DPA est fréquente mais sous-estimée. Elle serait plus difficile à repérer parce que la clinique est variable, et plus ou moins exprimée par des patients qui consultent moins. Du fait des difficultés de repérage et la complexité de la prise en charge, la DPA se rapproche de la dépression de l'enfant.

Au niveau thérapeutique, les PA sont plus souvent poly-pathologiques et poly-médicamentées, nécessitant une plus grande prudence concernant les effets indésirables des traitements. De plus, les MG essaient de maintenir à domicile les PA et ne vont pas les hospitaliser aussi facilement qu'un patient plus jeune.

Les PA sont très affectées par leur condition socio-économique et familiale notamment par l'isolement. Les PA en EHPAD sont plus dépressives que les PA à domicile mais l'infrastructure facilite leur prise en charge.

Cependant, si les modalités de prise en charge diffèrent en raison des difficultés liées à la PA, le mécanisme et la prise en charge de la dépression restent les mêmes pour tous. En effet, la souffrance morale, et le but du traitement sont identiques à tout âge. Certains médecins généralistes mettent en perspective l'image que chaque dépression est individuelle et nécessite une approche personnalisée quel que soit le patient.

5.2.18. La DPA en médecine générale

5.2.18.1. Perception de la dépression par le médecin généraliste

5.2.18.1.1. Une perception pas forcément évidente voire aucune opinion

La perception de la dépression n'est pas évidente à exprimer pour les médecins interrogés. Certains n'y avaient jamais réfléchis ou ne comprennent pas la question.

Dr 9 « Ce que je pense de la dépression ? Je sais pas, je ne me suis jamais posé la question.

Qu'est-ce que j'en pense moi ? »

Dr 12 « c'est un phénomène un peu particulier »

Dr 13 « qu'est-ce que je pense de la dépression, j'en sais rien, je sais pas, je sais pas ce que vous me demandez en fait, je sais pas ce que vous voulez de moi... »

Dr 15 « Il faut en penser quelque chose ? rien à peu près. »

5.2.18.1.2. Une pathologie à part entière

D'autres médecins n'ont par contre pas hésité à en parler en insistant sur le terme pathologie, comme une maladie médicalement définie. Cela reflète par opposition le dénigrement des pathologies psychiatriques par certains patients, qui sera explicité plus loin.

Dr 9 « c'est une pathologie à part entière »

Dr 11 autre question « ce n'est pas une tare, c'est une maladie à prendre en compte aussi bien que le reste »

Dr 14 « c'est une vraie maladie, pour moi c'est une vraie maladie »

5.2.18.1.3. Le caractère insidieux et mauvais

Plus de la moitié des médecins ont un point de vue négatif de la dépression. C'est une maladie sournoise pour eux et pour les patients.

Dr 1 « souvent masquée »

Dr 2 « c'est quelque chose de bien désagréable pour les gens qui le vivent »

Dr 5 « la dépression faut se méfier de signes qui rentrent pas forcément dans le cadre de dépression mais qui doivent alerter. »

Dr 6 « c'est une pathologie ennuyeuse qui empêche de vivre correctement de, de profiter effectivement de la vie »

Dr 8 « Rien de bon. Rien de bon de la dépression. Difficile, c'est difficile. Difficile à diagnostiquer déjà, difficile à traiter. Voilà. 'Fin compliqué. Compliqué. »

Dr 11 « Maladie (...) très péjorative à tout âge. »

Dr 12 « c'est un phénomène un peu particulier, parce qu'en fait ça prend de multiples visages »

Dr 14 « En général, c'est une saloperie. »

5.2.18.1.4. Perçue par sa prise en charge

D'emblée, les médecins perçoivent la pathologie dépressive par sa prise en charge rappelant la représentation d'une pathologie à part entière. Les représentations de la prise en charge sont différentes voire contradictoires montrant que ce sujet est intéressant à creuser. C'est une pathologie qui se traite, difficile à traiter, ou dont le traitement médicamenteux n'est pas systématique.

Dr 1 « qui nécessite selon moi, une prise en charge pluridisciplinaire. »

Dr 4 « C'est une maladie. Voilà. Heu... comme les autres ; qui s'entretient qui se soigne comme les autres »

Dr 14 « c'est une vraie maladie (...) qui est très très très très mal prise en charge. »

Dr 16 « heu... voilà après je sais pas, tout n'est pas mettre... heu tout n'est pas à traiter médicalement, fin par voie médicamenteuse on va dire. »

5.2.18.1.5. Synthèse

La perception de la dépression n'est pas évidente à exprimer pour les médecins interrogés. D'autres médecins n'ont par contre pas hésité à insister sur le terme pathologie qui vient s'opposer à la représentation honteuse que les patients ont de la dépression. Les médecins ont un point de vue négatif de la dépression parce que c'est une maladie sournoise pour eux et funeste pour les patients. Leur perception de cette pathologie leur permet d'aborder sa prise en charge, dont les points de vue sont divergents, mais évoquent la complexité.

5.2.18.2. Place du MG dans la prise en charge de la DPA

5.2.18.2.1. Une place essentielle

Les médecins généralistes perçoivent leur rôle dans la prise en charge de la DPA comme majeur. Ils tiennent une place primordiale : autant de première ligne que centrale. Pour certains c'est la place que le MG devrait toujours avoir, mais la pratique serait différente.

Dr 2 « une place de première ligne (...) sûrement très importante »

Dr 3 « la place, heu, primordiale »

Dr 6 « je pense qu'elle est totalement centrale. Je pense qu'elle est essentielle (insiste sur le mot) et on est les premiers à pouvoir le juger, on est les premier à intervenir dessus. »

Dr 9 « un rôle important voire la première place »

Dr 10 « Je pense quand même qu'on a une place centrale et qu'elle n'est pas du tout heu effective à l'heure actuelle. »

Dr 11 « dirais à mon avis non négligeable, (...) on est vraiment un pivot et qu'en tout cas on est en première ligne ça c'est certain »

Dr 14 « En théorie ça devrait être la principale. En pratique je pense qu'on est loin du compte. »

5.2.18.2.2. Le premier recours

Les MG ont une place de première ligne, c'est-à-dire qu'ils pensent être le premier recours pour une PA dépressive. Ils mettent en avant leur disponibilité et la relation de confiance avec leurs patients âgés qui les amènent à confier leur détresse psychologique.

Dr 2 « les gens âgés c'est ... on est leur premier recours »

Dr 9 « Parce que c'est quand même le premier, la première personne à qui... vers qui peuvent se tourner les personnes âgées »

Dr 15 « Généralement on est le premier recours »

Dr 16 « le premier abord, la première personne avec qui elles vont en parler »

5.2.18.2.3. Un confident et un soutien

La place est du médecin généraliste est importante dans la prise en charge grâce à la relation de confiance avec son patient. Le rôle de confident du patient âgé est mis en avant.

Dr 2 « souvent c'est à nous que les gens viennent en parler »

Dr 9 « je pense qu'il y a quand même une confiance importante entre la personne âgée et son médecin généraliste. »

5.2.18.2.4. Un pivot entre les différentes parties

La place des MG est perçue aussi comme centrale. Ils ont un rôle de pivot autour duquel la prise en charge du patient a lieu. En effet, ils connaissent le contexte social et médical du patient et font le lien entre les différents intervenants de la prise en charge.

Dr 6 « Alors après on se fait aider ou on se fait pas aider en fonction de ce qu'on sent, si on se sent de le faire de pas le faire, si on a un doute, moi j'envoie des fois au CMP »

Dr 8 « Mettre des aides en place, éventuellement faire un traitement, voir la famille, des choses comme ça. Alors commencer à organiser les choses autour du patient, et puis après bah passer la main, si, si il faut »

Dr 10 « souvent le médecin généraliste connaît la situation du patient, il connaît aussi des membres de sa famille, heu donc je pense par définition il est là pour coordonner la prise en charge globale »

Dr 16 « d'aiguillage vers un spécialiste ou vers une structure hospitalière en cas de facteurs de gravité »

5.2.18.2.5. Une place difficile

Si les médecins ont conscience de l'importance de leur place dans la prise en charge de la DPA, certains en déplorent la difficulté autant en termes de repérage que de thérapeutique.

Dr 3 « Il a une place... compliquée »

Dr 14 « (Fait un bruit qui signifie je ne sais pas) parce qui, parce 99-100 % des médecins généralistes doivent avoir des bouchons dans les oreilles. Ou à la place du cerveau, ça dépend »

Dr 15 « on négocie, parce que ça se passe pas autrement, avec le patient, de mettre en place un traitement » ; « Faut pas se leurrer quoi. Donc heu en termes de... (court silence) en terme d'efficacité on est... je pense assez assez limité. »

5.2.18.2.6. Un rôle revendiqué à toutes les étapes de la prise en charge

Certains médecins insistent sur leur rôle de repérage et diagnostic dans la DPA. En effet, quelle que soit la prise en charge, il faut faire le diagnostic avant de pouvoir envisager un traitement.

Dr 3 « c'est lui qui doit trouver le diagnostic »

Dr 5 « je commence toujours par prescrire heu des médicaments et après selon l'évolution heu j'ai recours aux spécialistes ou aux psychologues »

Dr 8 « c'est nous qui éventuellement la repérons, pour lancer les choses. (...) La prise en charge un peu globale au départ, mettre en place ce qu'il faut. Pas forcément un traitement et puis un traitement s'il faut après. »

Ensuite la plupart des médecins interrogés s'accordent sur leur capacité à traiter seul la DPA. Hormis pour les pathologies d'emblée graves ou complexes, ils initient la thérapeutique médicamenteuse sans aide spécialisée. Ils mettent en place l'antidépresseur et certains débudent la prise en charge psychothérapeutique.

Dr 6 « Après en l'absence de, de thérapeutiques massives et encombrantes vis-à-vis d'un traitement de la dépression, moi personnellement je les traite quand même et je m'en occupe très bien. »

Dr 10 « il est là aussi pour faire de la thérapie de soutien au travers de ses consultations, de la thérapie de soutien c'est le premier élément de prise en charge »

Dr 12 « Alors quand c'est une pathologie qui n'est pas majeure, qui ne nécessite pas l'intervention du psychiatre immédiate, je pense que le médecin généraliste est à même de prendre en charge ce genre de pathologie. »

Dr 14 « j'essaie de faire en sorte... de prendre en charge...de toute façon c'est à nous de le faire (...) On est obligé de... faut pas qu'on sache tout faire mais au moins un minimum. »

Les MG se considèrent des pivots dans la prise en charge autant avec les collègues spécialistes qu'avec l'entourage. Ils essaient de promouvoir la prise en charge socio-familiale pour lutter contre l'isolement et améliorer l'adhésion de la PA au reste de la prise en charge.

Dr 7 « a une place aussi pour cadrer les choses avec l'entourage, pour avant tout, avant de passer à des traitements médicamenteux, essayer de stimuler l'entourage à comprendre et à faire ce qu'il faudrait pour limiter l'évolution. »

5.2.18.2.7. Avantage de la connaissance du patient

La place du MG dans la prise en charge est perçue comme un avantage. La connaissance du patient et de son contexte de vie, ainsi que la possibilité de faire des visites à domiciles sont des avantages. Par ailleurs, le médecin généraliste est amené à voir régulièrement la plupart des PA atteintes de pathologies chroniques, ce qui lui permettrait d'avoir du recul sur l'évolution de son moral, permettant un repérage plus rapide qu'un autre praticien.

Dr 1 « quand on a un recul, heu, sur la même personne depuis 17 ans, on peut le voir décliner, on peut le voir, heu, évoluer, et donc, il faut avoir heu, heu... la bonne idée de lui poser les bonnes questions au bon moment. »

Dr 2 « ils viennent nous voir fréquemment parce qu'ils ont des renouvellements de traitement »

Dr 9 « en général on connaît bien les familles, on connaît bien les personnes »

Dr 17 « que en général on connaît bien bah son patient. Et puis bah on connaît bien la famille, on connaît bien bah son passé hein des choses comme ça. Hein qu'est ce qui peut pousser à la dépression, la perte d'un fils, d'une fille, d'un petit enfant, la maladie du mari, enfin voilà, des choses comme ça, disons qu'on connaît la personne dans la globalité »

5.2.18.2.8. Synthèse

Les MG perçoivent leur place comme primordiale, centrale et comme un pivot autour duquel la prise en charge se fait. C'est aussi une place difficile car c'est une pathologie difficile à repérer et prendre en charge. De ce fait, ils ont conscience de leurs limites et sont critiques avec leurs pratiques. Le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge est multiple : celui du repérage, du diagnostic et du traitement initial par le soutien psychologique et, ou médicamenteux. Ils pensent avoir l'avantage de bien connaître le patient avec une place proche de celle d'un confident.

Cependant, ils rencontrent plusieurs difficultés qui feront l'objet d'un chapitre ultérieur.

5.2.19. La Formation des MG sur la DPA

5.2.19.1. Aucune formation pour certains

Dr 1 « Sur la personne âgée, spécifiquement, je n'ai pas été formé. »

Dr 13 « J'ai pas eu de formation bien particulière »

5.2.19.2. Une base suffisante en pratique pour d'autres

D'autres médecins mentionnent avoir eu une formation peu importante mais que si c'est une base, elle suffit pour leur pratique de MG.

Dr 2 « ... dans ma pratique oui. Ça m'a... pour le moment j'ai pas l'impression d'avoir eu des carences »

Dr 8 « à l'heure actuelle, ça donne une base théorique »

5.2.19.3. Certains MG ne savent pas s'ils sont assez formés

Dr 1 « je ne peux pas vous dire. »

Dr 5 « Hum... »

5.2.19.4. La formation doit être continue

Certains médecins n'ont pas répondu à la question s'il leur formation leur semblait suffisante mais nous ont donné leur perception de la formation médicale. Pour eux, la formation médicale ne s'arrête jamais et porte sur l'ensemble des spécialités. Ils expliquent qu'il faut constamment approfondir ses connaissances mais que cela est limité par le temps et la mémoire, il s'agit donc de mettre à jour ses connaissances et d'en connaître les limites.

Dr 3 « Pff... On n'est jamais assez formé. On n'est jamais assez formé dans tous les domaines. Le problème de la médecine générale c'est qu'on devrait savoir tout sur tout. Et par définition on peut pas. Fin, personnellement je ne peux pas, j'en suis bien incapable. (...) C'est là qu'il faut le, c'est là qu'il faut ressortir à mon avis la première qualité d'un médecin, dans tous les métiers mais en particulier en médecine générale, c'est connaître les limites de ses compétences. C'est à dire quand on sait faire on fait, quand on sait pas faire, on fait pas. Et quand on sait pas faire on passe la main. Le problème c'est quand on passe la main il faut savoir à qui.

Dr 10 « Non non. Non non mais c'est un paradoxe de la médecine générale, c'est à dire que si jamais on veut efficient dans tous les domaines il faudrait se former quotidiennement. Donc heu... je pense que... les recyclages sont obligatoires. »

5.2.19.5. Un problème non pas de formation mais de mise en pratique

Certains médecins pensent que leur formation est suffisante mais qu'il est difficile de mettre en pratique les protocoles appris. C'est tout l'intérêt de leur expérience personnelle développée ci-après.

Dr 15 « Bah franchement oui. Et puis je vous dis aujourd'hui le problème, le problème c'est pas dans la formation c'est, c'est ce qu'on peut avoir derrière sur le terrain. De toute façon on peut avoir toute les formations théoriques qu'on veut... si on peut pas les mettre en pratique ça devient... ça devient très très compliqué quoi. »

5.2.19.6. La formation par l'expérience personnelle

Certains médecins mentionnent avoir surtout appris par leur propre expérience et au contact des patients. Il permet le questionnement et la remise en question du savoir.

Dr 1 « J'en ai vu. C'est l'expérience voilà »

Dr 5 « Par l'exercice au cabinet ! »

Dr 8 « Sur le tas, j'ai été formé sur le tas, comme beaucoup de choses maintenant. Au fur et à mesure on voit, et puis, rien que le fait de s'occuper de ça, c'est déjà une formation en fait. Rien

que le fait de s'occuper, de s'y confronter, c'est la meilleure des formations. C'est d'y être confronté qui nous fait bouger et chercher ce qu'on peut faire. »

Dr 10 « Avec ma grand-mère... »

Dr 14 « (En riant) sur le tas ! sur le tas ! sur le tas. (...), c'est les gens qui m'apprennent mon taf surtout. »

5.2.19.7. La formation universitaire

La formation universitaire théorique sur la DPA semble avoir un faible impact sur les médecins. Ils se souviennent plus de leurs stages pratiques en temps qu'externe ou interne.

Dr 3 « (Soupir) J'ai dû apprendre ça dans mes cours y a bien longtemps maintenant ! (Sourire) donc je dois avoir quelques, du reste. »

Dr 7 « j'ai été formé lors de mes stages, gériatrie surtout lors de mon externat (...) des cours de médecine générale, qui étaient pas forcément adaptés à la personne âgée »

Dr 10 « j'ai été formé, par une formation universitaire classique donc heu... ça. Heu, j'ai bénéficié aussi de ... d'un semestre d'internat en moyen séjour gériatrique »

Dr 16 « à la faculté il y a des cours mais c'est pas forcément... on n'a pas eu vraiment de cours sur la, la personne âgée, après il y a eu l'internat »

5.2.19.8. La formation postuniversitaire

Dans les années ayant suivi l'obtention de leur diplôme, certains MG ont suivi des formations axées sur la dépression ou ont exercé en service hospitalier de gériatrie. Il s'agit de 2 formations très différentes : la première théorique à l'instar de la formation continue, et la deuxième très pratique à l'instar de l'expérience personnelle. Dans le discours, on sent que le travail pratique a beaucoup plus marqué Dr 17 que la formation théorique pour le Dr 6.

Dr 6 « J'ai participé à 2 3 EPU (enseignements post universitaires) heu, sur la prise en charge de la dépression chez l'adulte jeune, chez la personne âgée chez... machin chez truc, enfin bon »

Dr 17 « j'avais fait une année en gériatrie à l'hôpital Antoine Charial, donc c'est vrai que j'ai beaucoup appris au côté de Mr Chuzeville »

5.2.19.9. L'autoformation continue

5.2.19.9.1. Par la lecture

Plusieurs médecins mentionnent lire des revues scientifiques, cependant leur aspect rébarbatif et trop théorique lasse certain médecin.

Dr 4 « la lecture quoi, essentiellement »

Dr 6 « Moi je commence à avoir du mal à la lecture parce que maintenant je, je trouve que justement tout est de plus en plus, complètement lissé sur tous les bords... (rit) laisse plus libre choix. »

5.2.19.9.2. A l'aide de groupes de pairs

Dr 9 « on a un petit groupe de FMC (formation médicale continue) là, où on a des FMC le mardi soir »

5.2.19.9.3. Par des soirées de formation

Les médecins connaissent les soirées de formation et si certains y ont participé quelque fois, d'autres ne l'ont pas fait. Les médecins savent que des formations existent mais n'y participent pas nécessairement.

Dr 10 « depuis j'ai dû faire une ou deux soirées de formation autour de la dépression de la personne âgée. »

Dr 16 « maintenant si je voulais, il y aurait des formations, FMC (formation médicale continue) là-dessus, que j'ai pas faite par contre. »

5.2.19.9.4. Par des échanges avec spécialistes

Si certains médecins déplorent leur relation avec les spécialistes, d'autres ont pu avoir des échanges avec eux et en ont tiré une formation bénéfique. Ils semblent par contre être conscients qu'il s'agit de relations amicales et que ce mode de fonctionnement n'est pas répandu.

Dr 5 « elle est quand même complétée par les échanges que l'on peut avoir avec les spécialistes ou les revues »

Dr 6 « Et puis j'ai 2 3 correspondants, Dieu merci, en psychiatrie que je connais très bien et que si vraiment je leur téléphone parce que vraiment besoin d'avoir un avis un peu rapidement, j'arrive à avoir un avis assez rapidement. Mais parce que je suis encore bien privilégié. Puis parce que je les connais depuis 30 ans, sinon c'est compliqué. »

Dr 9 « puis aussi à la maison de retraite avec les psychologues, les médecins Co (coordinateur). »

Dr 14 « Après j'ai un psychiatre qui est, avec lequel je bosse qui est très bien »

5.2.19.9.5. Les MG critiquent la formation médicale actuelle

5.2.19.9.5.1. Un manque de formation

Selon plusieurs médecins, la formation concernant la gériatrie est insuffisante en médecine générale, et donc insuffisante en ce qui concerne la DPA.

Dr 16 « je pense qu'en formation initiale c'est pas suffisant, c'est une évidence »

Dr 7 « on manque un peu d'obligation de formation. Et c'est vrai qu'au niveau de la personne âgée, c'est encore plus faible, à mon avis, dans nos obligations en tout cas »

Dr 8 « A la limite il y a même pas besoin d'être, d'être forcément un médecin averti et spécialisé pour prendre ça en charge, une infirmière peut prendre ça, les prennent en charge aussi bien que nous. Donc y a pas besoin d'avoir des... C'est en étant confronter à la situation et en cherchant à savoir comment on peut faire pour les soulager, je crois que c'est la meilleure des formations. Après il y a peut-être 2-3 notions théoriques à avoir, mais c'est pas non plus la mer à boire. »

Dr 10 « Parce qu'il y a un défaut de formation des médecins généralistes sur la prise en charge de la dépression en général et d'autant plus sur la dépression des personnes âgées. »

5.2.19.9.5.2. Des formations trop spécialisées pour la médecine générale

Si les formations existent, plusieurs MG s'accordent à dire qu'elles ne sont pas assez ciblées pour la spécialité qu'est la médecine générale. Il leur faut des outils pratiques facilitant la prise en charge en termes de dépistage et de thérapeutique afin de passer la main si cela ne fonctionne pas. De plus, ils reprochent l'inadéquation entre les formations et la pratique sur le terrain. Nous reviendrons sur ces difficultés plus loin.

Dr 11 « je dirais qu'elles restent en général très intellectuelles, donc tout à fait intéressante mais heu... pas toujours adéquate à la prise en charge réelle de terrain. Je dirais... bon heu... globalement quand même ça me paraît pas si mal, mais heu c'est la spécificité de notre métier et surtout quand on est généraliste, c'est d'être surtout en première ligne sur une ligne très large, pas très profonde mais très large et d'être là pour débroussailler le terrain. Je pense que notre meilleur rôle c'est d'essayer de comprendre essayer de justement ce que j'appelle débroussailler et, ou de se dire « ouh là il me semble que j'ai les clefs en main, je peux tenir la situation et avancer ou savoir passer la main. »

Dr 14 « C'est-à-dire qu'on nous fait apprendre pleins de choses qui n'ont aucune utilité, alors qu'effectivement avoir des fois 2-3 outils qui mangent pas de pain et qui peuvent sauver pas mal de choses c'est bien quoi. »

Dr 14 « Et je pense que les formations c'est pas, pas forcément suffisant, après pas suffisant mais dans le sens vraiment ultra ciblées sur des choses qui nous nous sont nécessaires. Voilà c'est vraiment, la plupart du temps c'est compliqué, ça parle de pleins de choses dont on se fout éperdument et on perd un temps fou, ça nous fait une pile d'infos qui nous sert, qui ne sert à rien et puis après bah soit on se mélange les pinceaux soit on oublie ce qu'on nous a dit et puis voilà. »

Dr 15 « enfin quand on va dans les formations continues c'est mignon tout plein, on a des beaux schémas explicatifs, des cadres bien précis, des protocoles cadrés aux petits oignons, ouais ! (Rit) il y a une légère différence en application sur le terrain quoi. C'est comme ça. »

5.2.19.9.5.3. La formation c'est preneur de temps

Si les MG disent qu'on ne peut suffisamment les former : en médecine générale, la formation est vaste au-delà même de la DPA. Les formations n'étant pas incluses dans le temps de travail, ni indemnisées, les médecins ne peuvent prendre beaucoup de temps à leur frais pour se former. De plus ils veulent avoir une vie familiale. Ils sont donc partagés entre leurs compétences médicales, qu'ils aimeraient entretenir en se formant régulièrement, la rentabilité de leur entreprise et leurs vies personnelles. La nouvelle génération de médecins se prémunirait plus contre le burn-out en équilibrant mieux leurs vies.

Dr 3 « moi je continue à faire des formations sur des tas de trucs, mais heu... pff on peut pas tout faire quoi. Parce ce qui paraît on travaille beaucoup... et ... on a quand même un temps familial qu'on doit se garder quand même un peu quoi et les journées ne font que 24 heures. Donc on est un peu coincé après. »

Dr 6 « On l'est jamais suffisamment. C'est juste qu'en médecine générale faut se former à tout. Alors ça fait beaucoup de choses. Donc on pourra jamais tout faire où alors ça prendra un temps fou et à ce moment-là on va y passer sa vie. On passe déjà une bonne partie de notre vie dans notre cabinet, fin au moins les gens de notre génération, on sait pas ce que sera la suivante. On a l'impression déjà qu'y se protègent déjà quand même beaucoup plus. »

5.2.19.10. Synthèse

Si certains MG pensent que leur formation est suffisante en pratique, d'autres n'ont jamais eu de formation. La formation « suffisante » apparaît comme une utopie puisque la médecine générale touche à toute la médecine qui évolue chaque jour. Cette formation nécessite un entretien régulier et il s'agit surtout de connaître les limites de ses connaissances. Pour d'autres, la formation est suffisante parce que les difficultés proviennent de la mise en pratique et non de l'acquisition de connaissances théoriques.

Par ailleurs, les médecins ont eu des formations différentes. La majorité s'est formée par l'expérience médicale au contact des patients. La formation universitaire et postuniversitaire semble peu remarquable hormis pour les stages pratiques dont peu de médecins ont bénéficié. L'autoformation pour le développement professionnel continu (DPC) constitue une autre part importante de la formation qu'elle soit par soirées de DPC, groupes de pairs ou lecture. Les

médecins disent bien apprendre au contact des spécialistes de leur région. Souvent, ce sont des connaissances préalables à la relation professionnelle qui permettent ces échanges.

Certains médecins sont assez critiques de la formation en médecine générale, disant que celle proposée est insuffisante et inadaptée. A l'opposition d'autres la trouvent suffisante pour leur pratique même s'ils avouent pouvoir faire mieux.

5.2.20. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste

5.2.20.1. Une question difficile en soi : par où commencer ?

Les premières réponses à cette question sont hétérogènes. Certains ne savent pas quoi répondre. D'autres ont du mal à répondre parce qu'ils ne savent pas par où débiter leurs réponses. Certains disent ne pas avoir de difficultés dans la prise en charge de la DPA mais se contredisent plus tard.

Dr 1 « le médecin généraliste heu... il est un peu démuni »

Dr 2 « j'ai pas l'impression qu'il y a beaucoup plus de difficultés que les autres »

Dr 6 « Non je sais pas, je rencontre pas vraiment de problèmes particuliers »

Dr 13 « (Long silence) Quelles difficultés ? bah... j'en sais rien c'est au cas par cas quoi. Je sais pas quoi vous répondre. »

Dr 14 « Pff (soupir puis silence) Pas vraiment, je trouve. Enfin, je pense pas que ce soit forcément plus difficile que... qu'autre chose quoi. Après c'est ... c'est du cas par cas donc c'est vrai que c'est difficile de répondre à cette question et vraiment de façon générale »

5.2.20.2. Les difficultés venant du médecin généraliste

5.2.20.2.1. La DPA prend du temps

La première difficulté qu'éprouvent les MG est le problème du temps. Ils sont disponibles mais ont de nombreux patients. La DPA est une maladie qui demande du temps car il faut discuter

pour la repérer, la diagnostiquer et la traiter. Or, parler et écouter nécessite des temps de consultation longs. Certains avouent qu'ils sont parfois un peu rapides à poser le diagnostic de dépression afin d'éviter toute dégradation du patient par un diagnostic manqué faute de temps.

Dr 1 « Il a pas beaucoup de temps à consacrer à son patient. »

Dr 3 « qu'on retombe sur le phénomène qu'on n'a pas assez de temps nous pour discuter avec eux. »

Dr 9 « je pense que c'est la longueur et la difficulté des consultations qui sont à mon avis un frein. Parce que je pense qu'il y a aussi beaucoup de gens, et je pense à nos confrères, nous hein, on met assez facilement sous antidépresseurs, ou qu'on étiquette dépressif alors qu'ils le sont pas forcément mais on n'a pas forcément le temps de faire autrement. »

Dr 11 « c'est vrai que c'est preneur de temps ça c'est évident »

5.2.20.2.2. La perception de ces compétences : excuse et autocritique

Certains médecins considèrent que leur formation est suffisante uniquement pour les premières prises en charge simples de la DPA. Ils sont modestes quant aux résultats obtenus. Certains pensent manquer d'expérience dans la prise en charge des PA.

Dr 11 « il va falloir qu'on se débrouille pour l'instant avec les moyens du bord »

Dr 13 « Enfin il me semble hein, enfin moi je ne suis pas spécialisée dans les personnes, la personne âgée non plus »

Dr 15 « Faut pas se leurrer quoi. Donc heu en termes de... (court silence) en termes d'efficacité on est... je pense assez assez limité. »

Dr 16 « Après j'ai pas beaucoup d'expérience là-dessus, ça je peux pas vous dire, j'ai tel argument, ça voilà. »

5.2.20.2.3. Des difficultés dans la relation médecin-malade

Certains médecins perçoivent des difficultés dans la relation médecin-malade en lien avec la différence d'âge. Leurs expériences de vie différentes pourraient être un frein à une relation de confiance.

Dr 1 « il y a des patients-là qui sont en fin de vie et qui ont, qui ont connu éventuellement les 2 guerres voyez. Heu, donc euh ... on n'a pas la même génération. Et le patient âgé déprimé, il va pas faire l'effort de ... de se mettre à mon petit niveau, moi jeunot, qui n'a pas connu les 2 guerres, par exemple, voyez. Il y a le conflit de génération. »

5.2.20.3. Les difficultés venant du patient

5.2.20.3.1. Le manque de verbalisation d'une faiblesse honteuse

Les difficultés dans la relation médecin-malade viennent aussi du patient qui ne s'exprime pas ou qui refuse la prise en charge. Les personnes âgées ont une vision négative des pathologies mentales dont la dépression. De ce fait, les médecins ont besoin de rechercher les symptômes afin de repérer ou diagnostiquer la DPA.

Dr 4 « Et souvent les gens âgés parlent plus facilement que les gens plus jeunes. »

Dr 10 « il faut parfois en effet débusquer la personne âgée qui une fois dépressive reste plutôt chez elle, à ne voir personne plutôt qu'à venir consulter ou à aller chercher de l'aide »

Dr 11 « Bon d'abord c'est pas une génération habituée à parler d'elle même et à parler de ses problèmes psychologiques. Ça se faisait pas ou au contraire ça se taisait plutôt. »

Dr 12 « C'est pas très facile à faire accepter, parce que dans ce genre, dans cette tranche d'âge, pour eux aller voir le psychiatre, pour eux c'est « ah je veux pas aller voir le psychiatre parce que je suis pas fou ». »

Dr 15 « le gros souci étant à ce moment-là de leur faire heu admettre le problème. C'est plutôt ça le souci. »

5.2.20.3.2. Le déni, le refus de prise en charge et le manque d'observance

Les patients peuvent percevoir la dépression comme une tare, ils sont contre l'idée qu'ils puissent être malades et nécessiter des soins. Le médecin se voit contraint de persuader ces patients de se soigner.

Dr 9 « Ça arrive assez souvent qu'ils refusent le diagnostic de dépression en fait. Ils se sentent pas déprimés où ils disent « je suis pas ... je suis pas malade, je suis pas fou » et qu'ils ... moi

vraiment c'est, ce que je trouve c'est, c'est ... le plus difficile c'est ça. C'est l'acceptation du diagnostic. »

Dr 11 « L'idée du psychiatre alors là est totalement affolante et se dire un peu faible sur le plan psychologique est pas facile à annoncer. »

Dr 13 « le suivi psychothérapeutique mais c'est plus compliqué chez la personne âgée, enfin je pense, c'est pas forcément, on sent que c'est plus compliqué quand même comme... comme démarche »

Dr 14 « puis on est sur une autre génération quand même, pas forcément beaucoup beaucoup de...de facilités à accrocher les psys non plus ...donc c'est pas évident »

Dr 15 « si on... on négocie, parce que ça se passe pas autrement, avec le patient, de mettre en place un traitement »

L'absence d'observance et les difficultés à faire adhérer le patient à son traitement est une réelle difficulté pour les MG interviewés. Ils mettent cela sur le compte de l'isolement et la dépression engendrant un abandon par mauvaise estime de soi-même et par perte d'espoir. Bien sûr le déni du patient entre en compte. Nous percevons ainsi l'intérêt d'entourer les PA.

Dr 7 « parfois l'observance, quand c'est des patients qui sont livrés à eux-mêmes »

Dr 15« le gros souci c'est que (...) sans encadrement heu... familiale, bah l'observance est, elle est ce qu'elle est, c'est à dire très mauvaise. »

Donner de l'espoir

Dr 8 « Il faut leur faire entrevoir ça, déjà, qu'ils peuvent être mieux, c'est ça toute la difficulté »

Dr 10 « faut la convaincre que pour elle ça a un intérêt, et c'est pas forcément facile parce que comme elle est dépressive et qu'elle a pas une très bonne opinion de soi qu'elle signe parfois avoir fait le tour de son cadran et que sa vie est terminée »

5.2.20.4. Les difficultés aux différentes étapes de la prise en charge par les médecins généralistes

5.2.20.4.1. Le repérage difficile d'une pathologie polymorphe et parfois cachée

Certains médecins comme Dr 1 trouve ce repérage facile mais ce n'est pas le cas de tous les MG. Le repérage est difficile car la pathologie est polymorphe et masquée, surtout chez les hommes.

Dr 1 « un certain nombre de de critères relativement facile à mettre en évidence »

Dr 3 « (Soupir) alors d'abord j'essaye, et j'y arrive pas tout le temps, parce que c'est pas facile. »

Dr 6 « Chez les hommes c'est plus compliqué »

Dr 9 « Ouh la la, alors ça c'est difficile parce qu'elles, bah elles l'expriment pas forcément »

Dr 10 « il y a une présentation un peu devinée derrière un polymorphisme très variable »

Dr 11 « plus ils vieillissent et plus c'est, plus c'est différent »

Dr 11 « les plus difficiles c'est les nouveaux »

Dr 13 « Tous les symptômes de dépression avec les, chez la personne âgée ça peut prendre un masque un peu plus atypique »

5.2.20.4.2. Le diagnostic imprécis

Le diagnostic de la DPA se base sur des symptômes cliniques subjectifs pour la plupart qui se retrouve uniquement à l'interrogatoire. Certains médecins reconnaissent qu'il s'agit donc d'un diagnostic plus difficile puisque ce n'est pas des critères très objectifs pour eux. C'est aussi plus compliqué en l'absence d'entourage.

Dr 2 « J'sais pas, j'sais pas quel, j'ai pas des critères très précis »

Dr 7 « des fois l'évaluation, quand on n'a pas d'entourage, c'est vrai que chez la personne âgée c'est plus, souvent plus difficile à réévaluer derrière. »

Dr 8 « J'ai pas, si vous voulez j'ai pas de critère diagnostic comme pour le diabète une prise de sang effectivement mais c'est, voilà. Mais ça reste un concept un peu vague la dépression, et on peut mettre beaucoup de choses dessous. »

5.2.20.4.3. La limite ténue entre le discours de mort et la dépression

Une PA qui parle de la mort est une difficulté pour les médecins. La limite entre le discours de mort et la dépression est difficile à entrevoir pour le médecin généraliste. Il déclenche une alerte dans l'esprit de certains médecins mais n'est pas systématiquement envisagé comme un signe de dépression.

Dr 7 « Donc des fois, donnent moins l'impression d'évoquer la dépression mais c'est vrai que c'est parfois un peu camouflé. »

5.2.20.4.4. Une prévention du suicide difficile

Nous avons pu remarquer que les MG pensent que le suicide concerne les PA qui ne consultent pas. Au vu des difficultés surajoutées du repérage de la dépression, il est compliqué pour le MG de repérer et donc de prévenir les tentatives de suicide chez la PA. De plus, certains pensent que les PA n'expriment pas ou rarement les idées suicidaires.

Dr 12 « c'est pas très facile à prévoir, donc heu... parce que les gens... lancent des signes de SOS mais c'est pas toujours facile à repérer »

5.2.20.4.5. Le choix et l'adaptation des traitements antidépresseurs

Certains MG évoquent leurs difficultés dans le maniement des antidépresseurs chez les PA. En effet c'est de prendre en compte les autres traitements et leurs possibles interactions ainsi que la tolérance des PA qui complexifie la prise en charge.

Dr 2 « au niveau de tolérance et puis choix du médicament, de surveillance du traitement. Mais j'ai pas l'impression d'avoir plus de difficulté au niveau des...des résultats »

Dr 5 « la tolérance aux médicaments »

Dr 9 « des gens qui sont effectivement poly-pathologiques et qui sont heu, qui en ont assez et qui veulent plus même si... qui ont plus, plus vraiment d'attaches et qui ont envie de partir. Donc ceux-là on a du mal à les soigner »

Dr 10 « Ça c'est un ça c'est un frein. Et puis... l'autre face c'est la poly-pathologie qui rend en effet les choses encore plus compliquées. »

Dr 11 « la lenteur de réponse »

Dr 17 « l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique, heu, l'insuffisance cardiaque, heu voilà. Donc plutôt par rapport aux autres pathologies »

5.2.20.5. Les difficultés pour orienter un patient vers un spécialiste

5.2.20.5.1. Le patient qui refuse la prise en charge spécialisée

Les PA ont une perception négative de la dépression, elles peuvent donc être dans le déni voir refuser la prise en charge spécialisée de façon active ou plus passive en se fermant au dialogue. Les médecins ont donc des difficultés à orienter leurs patients âgés qui n'adhèrent pas à cette prise en charge.

Dr 4 « Après je le propose mais, ici, ils sont très réticents quand même. »

Dr 2 « C'est assez difficile de dire, puis ça dépend aussi de la capacité des gens à parler à avoir des entretiens, parce qu'y a des patients dépressifs parfois qui ne parlent absolument pas. On les adresse à un psychiatre ou un psychologue, il se passe rien. Ils parlent pas, ils font une seule séance, ils n'y retournent pas. »

Dr 17 « leur parler de psychiatre en général ils veulent pas y aller... hum et puis les rendez-vous sont plutôt à 6 mois 1 an »

5.2.20.5.2. Difficultés dans la relation avec les spécialistes

Les relations avec les spécialistes psychiatres sont apparemment difficiles pour les MG et surviennent dès l'instant où le MG pense avoir besoin de leur avis spécialisé. On ressent comme de l'angoisse dans la réponse spontanée du Dr 3.

Dr 3 « Dès que je dois l'envoyer à quelqu'un. »

5.2.20.5.3. L'indisponibilité des services de psychiatrie

Pour certains malgré les délais, ils s'en sortent. Pour d'autres c'est de l'ordre de l'épreuve que de trouver un spécialiste notamment dans l'urgence. On note que Dr 15 installé depuis longtemps perçoit cette difficulté comme ancienne et ancrée.

Dr 1 « y a des CMP par exemple, y a des psychiatres de ville aussi. Mais je vous ai dit ils sont débordés. Et puis il y a éventuellement dans des cliniques, des hôpitaux de jours. Où là on peut prendre en charge de temps en temps des patients... mais ça devient très difficile d'avoir une place. »

Dr 4 « 'fin y a beaucoup de délais, l'organisation psychiatrique c'est un petit peu particulier aussi, c'est heu... après ils y a des services de gérontopsy et de psychiatrie qui sont très intéressants aussi, j'ai déjà travailler avec eux. C'est vraiment en général pour des cas relativement graves qui relève pas forcément que de la dépression. C'est rare qu'on, on arrive à s'en sortir pas trop mal avec ce système-là. »

Dr 8 « la disponibilité de tout le monde, c'est difficile d'avoir des rendez-vous, chez un psychiatre, c'est difficile d'avoir des places en institution, en hospitalisation »

Dr 15 « Notre souci derrière c'est quand on veut avoir.... Des avis spécialisés et bah (rit doucement et ironiquement en finissant sa phrase) ça prend des temps faramineux. Mais ça c'est pas nouveau non plus. Depuis que je suis installé c'est pareil. »

5.2.20.5.4. Le manque de communication interprofessionnel

La collaboration avec les spécialistes est synonyme d'énervement et de fatalisme. Le médecin généraliste a parfois l'impression que les psychiatres ne font pas partis du même monde. C'est déploré par les MG.

Dr 1 « on n'a jamais d'échos. On n'a jamais, quand on adresse un, un patient à un psychiatre, on n'a jamais de courriers, jamais. Et ouais. Donc on sait pas ce qui se passe, ça agace »

Dr 10 « je pense que le gros défaut de la prise en charge c'est surtout le manque de cohésion, de réseaux. De réseaux de prise en charge, au travers des CMP etcetera. Le CMP travaille dans son coin mais que dans son coin, pas avec les médecins généralistes, ou alors faut aller les chercher. Ils suivent des personnes âgées à moi, j'ai jamais reçu un seul courrier de leur part. Donc je pense que le premier point de difficulté, c'est avant tout d'avoir une cohésion

professionnelle, entre les différents intervenants, et heu, et d'avoir une capacité à discuter pour trouver les meilleures solutions possibles »

Dr 11 « l'absence totale de retour de courrier. Bon ça je pense que je dois pas être la seule à vous le dire, mais heu les psychiatres ne sont pas des gens qui s'engagent, on va dire, les psychiatres libéraux. Les psychiatres de structure arrivent à vous faire des courriers »

Dr 12 « C'est à dire qu'on leur confie et puis ... heu... les gens ressortent avec une lettre et puis on dialogue pas avec ces gens-là. »

5.2.20.5.5. La remise en question des compétences du spécialiste

Par ailleurs, les MG sont exigeants avec leurs collègues spécialistes et orientent vers ceux qu'ils considèrent compétents. A tel point que certains préfèrent débiter seul la prise en charge. Le problème vient aussi des délais de consultation déjà mentionnés, mais ils ne mentionnent pas si le délai du psychiatre moins compétent est plus raisonnable. Les MG n'expliquent pas non plus leurs critères de jugement pour la compétence du spécialiste.

Dr 3 « Le problème c'est qu'il faut trouver un bon psychiatre. (Sourire) Là on pourrait mettre des points de suspension après. C'est pas simple. Et heu... les solutions de de facilité c'est les CMP les machins. Heu ... c'est pas toujours heu... d'un niveau heu qui me plaît. Je suis un peu maniaque. Après donc heu ... il y a un ou deux correspondants mais ils sont durs à avoir parce qu'ils débordent, donc heu chaque fois c'est des galères »

Dr 14 « Le problème à l'heure actuelle c'est que c'est tellement compliqué d'avoir accès à des spécialistes, dans des délais raisonnables et puis des spécialistes qui soient compétents que pff, si nous on fait pas un peu le job au début, ça, c'est, c'est super dur »

5.2.20.5.6. Un problème global de réseau et sensation d'isolement du MG

Un des médecins dit se sentir « démuni » dans sa prise en charge de la DPA. Ceci reflète la perception de certains MG de leur rapport avec le réseau psychiatrique. Ils ont des difficultés à se faire aider et à travailler avec les spécialistes, comme le montrent les difficultés discutées précédemment.

Dr 10 « Parce qu'il y a un réseau ville-psychiatrie nullissime en France. Heu c'est à dire que c'est extrêmement difficile d'avoir des avis psychiatriques, c'est très difficile de faire une

hospitalisation d'évaluation courte en psychiatrie, difficile d'avoir des places. Quand on a des places, le psychiatre nous envoie jamais de compte-rendu de ce qu'il se passe. Y a pas de dialogue entre la psychiatrie et la médecine de ville. »

Dr 10 « malheureusement, le tissu de prise en charge psychologique-psychiatrique en France n'est pas au point. Les psychologues ne sont pas remboursés. Ce n'est pas normal. Les psychiatres sont rares. Comme ils sont rares, ils prennent plus personne. Quand ils prennent les gens ils les voient une fois par mois, soit c'est trop trop large pour pouvoir faire un suivi psychologique ou psychiatrique. Le CMP est débordé... »

5.2.20.6. Les difficultés pour hospitaliser une PA pour dépression

5.2.20.6.1. Le refus des patients

Les patients s'opposent à l'hospitalisation du fait du déni de leur pathologie mais également en raison de la crainte que représente l'image de gravité ou de décès reliée à l'hôpital.

Dr 4 « Parce qu'ils ne veulent pas aller à l'hôpital. (Rires)les patients. Oui ils veulent pas. Ça les envoie, ça les envoie sur les urgences, c'est l'extrême limite, c'est ... alors ils veulent pas. Ils ont pas confiance en l'hôpital »

Dr 11 « La difficulté s'est plutôt d'essayer de convaincre la personne. »

Dr 12 « Alors pour aller à l'hôpital s'ils se cassent un bras s'ils se cassent une jambe, mais pour des problèmes uniquement d'ordre psychologique, pour eux, c'est très difficile à accepter. »

5.2.20.6.2. Difficultés liées aux hôpitaux

L'hospitalisation en elle-même n'est pas facile en lien avec l'indisponibilité des places dans les services adéquats. De plus, les conséquences de l'hospitalisation peuvent être plus néfastes que le maintien à domicile.

Dr 3 « C'est bien de dire de les faire hospitaliser mais il faut savoir où. (...) l'envoyer dans le service d'urgence (souffle)... de temps en temps on n'arrange pas les choses quoi. (...) Trouver une place dans un secteur, dans un, dans un hôpital psychiatrique où etc.... l'environnement

n'est pas simple, donc heu... c'est pas toujours là que ça va leur faire du bien. Et ... et en général y a quand même un temps d'attente long. »

Dr 6 « Déjà c'est déjà bien compliqué et que de les hospitaliser des fois est quelque chose de très déstructurant. (...) ... c'est difficile, parce que chez certains patients, ils reviennent des fois pas mal bousculés et puis après chez les autres de toute façon c'est compliqué pour le suivi. »

Dr 15 « Notre gros souci étant bien évidemment de trouver des places. (...) quand on trouve en moins de... 2 à 4 semaines c'est qu'on a vraiment un gros morceau de chance hein. Et le souci c'est que dans ces cas-là, 2 à 4 semaines c'est énorme. »

5.2.20.6.3. Les urgences médicales

Les urgences médicales sont le dernier recours des MG et bien souvent les seules disponibles pour une prise en charge urgente.

Dr 11 « Et que c'est toujours dur d'hospitaliser quelqu'un dans l'urgence c'est pas simplet mais, merci les urgences médicales même si elles sont pas psychiatriques (...) parce que c'est le seul recours qu'on ait réellement dans l'urgence. Personne ne rentre en... en psychiatrie d'emblée, sauf les hospitalisations-là qui ont changé à la demande d'un tiers »

Dr 15 « Le problème c'est que sur le terrain il y a comme un hiatus. Et on n'en revient toujours au même truc, c'est que... allez y donc obtenir des, des avis psy au long cours rapidement ou une place en hospitalisation rapidement, ou heu... voilà. La réalité par exemple, quand on n'a vraiment quelqu'un... qui est... vraiment pas bien voire limite suicidaire, ça se termine aux urgences hein. La réalité elle est là »

5.2.20.7. Difficulté car la PA est complexe au niveau socio-économique

Certains des MG répondent considèrent que la prise en charge de la DPA passe aussi par une prise en charge socio-familiale, cependant cela n'est pas si simple.

5.2.20.7.1. Des relations pas si simples avec la famille

Ils vont se heurter aux conflits familiaux qui impactent le dialogue ou les relations entre le patient et sa famille, entraînant un médecin en porte-à-faux par le secret médical ou l'isolement de la PA.

Dr 1 « ce que doit respecter en principe le médecin c'est le secret médical. Y a des choses que je peux dire heu... à la famille et d'autres que je n'ai pas le droit de dire. Donc, hum, c'est pas facile de... d'évaluer heu... le contexte familial. Il y a des choses que je ne peux pas dire. Donc je pose des questions, et quelques fois je ne sais pas, parce qu'on veut pas me dire non plus, parce que y a des enjeux »

Dr 6 « on pourrait le faire imposer par la famille mais là... on va attaquer des débats un peu plus compliqués. Parce qu'est-ce que la famille souhaite investir ou pas dans ces aînés c'est encore autre chose. »

5.2.20.7.2. La nécessité et la difficulté à entourer la PA

De plus, l'isolement complique la DPA. Cependant les MG éprouvent des difficultés à mettre en place un encadrement paramédical et ou familial malgré leurs efforts. L'isolement est une difficulté pour laquelle le médecin généraliste a du mal trouver des solutions.

Dr 4 « La plus grosse difficulté je pense que effectivement, c'est p't'être, je pense que c'est l'encadrement, c'est même sûr. »

Dr 7 « Et puis dans certains cas, la mise en place d'un ... d'un accompagnement justement par l'entourage, quand on n'a pas assez de soignants, pas assez de famille. »

Dr 10 « Quand ils sont assez isolés c'est compliqué. »

Dr 15 « On a des trucs qui sont... fin oui qui sont tragiquement simples et il y a des des choses, des passages multiples qui seraient les plus efficaces à obtenir... des kinés, plus souvent, et bah c'est compliqué, obtenir des passages d'infirmières, heu plus fréquent c'est quasiment impossible. Obtenir des avis d'ergothérapeutes un suivi c'est quasiment impossible. Des trucs... basiques (insiste sur le mot), qui justement heu... bah amélioreraient beaucoup la dépression de beaucoup personnes âgées parce que toujours pareil c'est très souvent lié à l'isolement, la dépendance et au handicap. Donc heu... enfin ou aggravé ou interdépendant l'un avec l'autre. Et d'améliorer ces choses-là, de façon très basiques et bah évidemment derrière

le moral du patient se se porterait mieux, mais que bon les réponses sur ce terrain-là sont très très limités. »

5.2.20.7.3. Les problèmes financiers qui peuvent miner la prise en charge

En effet, si la prise en charge de la DPA passe par la psychothérapie, des aides à domicile voire une institutionnalisation en EHPAD, ces mesures ne sont pas remboursées. La prise en charge dépend directement de la situation économique de la PA.

Dr 6 « Parce qu'on a un gros problème en France c'est que l'accès aux soins commence à devenir réserver aux gens qui sont riches. Donc ça devient un peu catastrophique. »

Dr 8 « souvent ils peuvent pas prendre des gens, d'aides à cause du manque de moyens surtout. Ça coûte cher. »

5.2.20.8. La DPA et la démence, une prise en charge complexe et difficile pour les MG

5.2.20.8.1. Repérage

La DPA peut se présenter sous une forme atypique pseudo démentielle. Elle peut aussi être un mode d'entrée dans la démence. Les médecins ont conscience de ces 2 possibilités et ont des difficultés à différencier la pathologie psychiatrique de la pathologie neurologique.

Dr 4 « mais c'est vrai que la mémoire c'est un peu, c'est la première chose à laquelle on pense quoi. Avant d'aller sur l'Alzheimer. »

Dr 9 « avec des personnes qui ont la maladie d'Alzheimer, là c'est difficile aussi »

Dr 10 « La difficulté c'est chez les personnes âgées qui ont des troubles des fonctions supérieures où ... où là souvent en cas de doute le traitement d'épreuve peut apporter une réponse aussi. On fait un traitement d'épreuve de 3 mois »

Dr 11 « c'est toujours le grand dilemme effectivement qui a commencé, est ce que réellement ils ont des troubles cognitifs ou que l'émotion fait que, ils sont tellement mal que finalement ils en oublient tout »

Dr 14 « ils peut y avoir les autres symptômes hein mais moi, moi je verrais plutôt des changements de comportement effectivement... qui ont rien avoir forcément avec des troubles cognitifs »

5.2.20.8.2. Diagnostic

Les patients déments peuvent être atteints de dépression et ces 2 pathologies peuvent être liées. Cependant certains MG soulignent la difficulté pour faire le diagnostic de dépression chez une PA démente au vu des difficultés d'expression de ces patients.

Dr 1 « j'ai des patients déments heu donc parfois ce n'est pas possible de communiquer ! »

Dr 9 « là avec des personnes qui ont la maladie d'Alzheimer, là c'est difficile aussi, donc là on se fie aussi aux aidants, beaucoup aux aidants, beaucoup aux paramédicaux, pour faire le diagnostic. »

5.2.20.8.3. Traitement

Les traitements antidépresseurs sont plus difficiles à manier si le patient est atteint d'une pathologie démentielle. Pour certains médecins généralistes, c'est impossible de les soigner au niveau psychiatrique notamment au début puisqu'il s'agit de l'acceptation ou non d'une pathologie évolutive incurable. De plus, comme il est difficile de percevoir la symptomatologie psychiatrique dans les démences évoluées, il est aussi difficile d'évaluer les symptômes sous traitement.

Dr 6 « Que quand vous avez un Alzheimer vous ne pouvez pas utiliser n'importe quel antidépresseur parce qu'il y en a qui aggrave l'Alzheimer, il y en a qui l'aggrave pas, qu'il y a des troubles comportementaux, qu'il y a des trucs, c'est compliqué. »

Dr 8 « Quelqu'un qui est en train d'avoir, de devenir, à l'époque où il commence à avoir des troubles cognitifs, c'est quasiment impossible... de le rendre mieux ce patient. »

Dr 14 « si vous avez quelqu'un qui a des troubles cognitifs sur un Alzheimer débutant qui fait des phases où un coup je suis bien, un coup je suis pas bien et qui, de toute façon on peut bouffer de la psychothérapie tant qu'on veut, ça ne changera rien quoi. »

5.2.20.9. Une critique ouverte de la médecine actuelle

Certains médecins critiquent la médecine actuelle en ce qui concerne la prise en charge de la DPA voire même de façon plus générale. Certains ressentent que la PA n'est parfois pas respectée comme un adulte à part entière et parfois infantilisée. Par ailleurs d'autres pensent que la médecine actuelle s'oriente vers une objetisation de l'être humain en oubliant l'importance du relationnel qui devrait rester au centre de la médecine. Des MG critiquent leurs confrères qui minimisent l'écoute car cela altère la qualité de leur prise en charge. Ainsi on retrouve l'importance de la prise en charge humaine et globale de la médecine générale plaçant le patient au centre de sa prise en charge. Ceci pourrait expliquer les réticences de MG à l'égard des échelles diagnostiques et à orienter leurs patients vers un spécialiste.

Dr 3 « je vais avoir une, un œil un peu... heu, critique sur une partie de la profession mais bon tanpis. Heu... Mais y a un manque de respect avec la personne âgée de temps en temps qui me choque. Parce que c'est pas papi machin mamie truc, c'est monsieur machin, madame truc. Et donc de temps en temps, les gens qu'on eut l'habitude d'être heu... respecté. Le jour où on..., parce qu'ils sont affaiblis, qu'on les envoie dans un endroit qui les affaiblit parce que tombé dans un service d'urgence c'est pas simple, et on n'est pas déjà on se retrouve sous une espèce de chape de plomb. Si on a, si on se retrouve avec quelqu'un qui les traite de papi et de mamie ils aiment pas quoi... et ça n'aide rien. »

Dr 4 « Je crois qu'on peut pas faire que, qu'on peut pas, on médicalise beaucoup de choses, beaucoup beaucoup beaucoup. Je pense que c'est pas que médical, 'fin je pense qu'il n'y a pas besoin que d'une prise en charge médicale, 'fin chez la dépression de la personne âgée. »

Dr 6 « on voudrait de plus en plus que la médecine rentre dans un cadre strictement scientifique heu... tac tac j'ai mis des notes donc c'est ça, et c'est rien d'autres et si ça marche pas tanpis pour vous, j'y peux rien, j'ai mis que c'était ça. Alors... hum... elle est en revanche beaucoup plus complexe que ça et, et que du coup tous ces systèmes ne peuvent être que des aides et en aucun cas effectivement un décisionnel thérapeutique sinon à mon avis ça doit être assez dangereux comme truc. »

Dr 14 « (Fait un bruit qui signifie je ne sais pas) parce qui, parce 99-100 % des médecins généralistes doivent avoir des bouchons dans les oreilles. Ou à la place du cerveau, ça dépend »

5.2.20.10. Synthèse

La prise en charge de la DPA comporte de nombreuses difficultés perçues différemment par les MG. Certains médecins pensent ne pas en avoir mais vont tout de même donner plusieurs exemples de difficultés liées à la prise en charge de la DPA.

Tout d'abord, la prise en charge est consommatrice de temps pour les MG, et ils se sentent limités autant dans leurs compétences que dans leurs résultats. Ils ont aussi parfois des difficultés relationnelles ne se sentant pas en mesure de discuter avec les PA d'égal à égal devant la différence d'âge.

Par ailleurs, les a-priori du patient âgé sont aussi un obstacle au bon déroulé de la prise en charge. En effet, les PA perçoivent la dépression comme une honte qu'ils se retiendraient de verbaliser. Le patient étant souvent dans le déni de sa pathologie, le médecin doit persuader le patient de se soigner en se méfiant de son manque d'observance.

On retrouve ces difficultés à toutes les étapes de la prise en charge. Les médecins les explicitent au repérage, au diagnostic ainsi qu'au niveau du traitement de la PA dépressive. L'identification de la PA suicidaire est aussi perçue comme difficile.

Par ailleurs, dès qu'ils doivent passer la main, les MG se sentent en difficulté. Ils ne trouvent pas leur place au sein du réseau psychiatrique et s'en sentiraient exclus devant le peu de disponibilité des spécialistes. La communication interprofessionnelle surtout ambulatoire est difficile. Dans le cadre d'une hospitalisation, la prise en charge est entravée par le refus des PA mais aussi la crainte des MG d'un effet plus néfaste que bénéfique. De plus, une entrée en hospitalisation s'avère compliquée avec un recours aux services d'urgences médicales plutôt qu'aux services spécialisés psychiatriques généralement débordés. L'ensemble de ces difficultés pour passer la main, que ce soit pour une consultation ou pour une hospitalisation pourrait expliquer pourquoi les MG n'orientent que rarement leur PA dépressives.

Par ailleurs, la prise en charge de la PA est aussi compliquée par l'influence de sa situation socio-économique et familiale, notamment par le poids de l'isolement.

La complexité de la prise en charge des PA atteintes des troubles cognitivo-comportementaux ou chez des PA démentes est aussi une difficulté supplémentaire.

La médecine actuelle est critiquée par certains médecins généralistes. Il s'agit du respect de la PA et de la déshumanisation de la médecine. C'est une opinion mettant en exergue le ressenti du médecin généraliste et qui peut affecter sa prise en charge.

Globalement les médecins généralistes éprouvent de nombreuses difficultés pour prendre en charge la DPA mais cela semble peu impacter leur prise en charge, et ils ont peu recours à des aides extérieures qu'ils considèrent de toute façon peu accessibles.

5.2.21. Les propositions pour l'amélioration de la prise en charge

5.2.21.1. Les MG ont besoin d'y réfléchir

Dr 9 « Je sais pas, je me suis pas posée la question »

Dr 14 « (pause pour réfléchir) ... ouf c'est vague, c'est vague c'est vague c'est vague. »

5.2.21.2. Faciliter le diagnostic

Un médecin propose de trouver des moyens plus faciles pour faire le diagnostic qui, nous l'avons vu, est perçu comme difficile. C'est le premier point d'attaque pour lutter contre la DPA.

Dr 14 « ça va être déjà plurifactoriel mais déjà je pense que la première chose se serait de faire le diagnostic. (...) y a des moments on se fait bananer mais le principal c'est de mettre le doigt dessus. Ça c'est vraiment le primordial. »

5.2.21.3. Des consultations spécifiques pour améliorer l'écoute

Il faudrait aussi plus de temps, éventuellement des consultations dédiées et rémunérées. Cela permettrait de pouvoir mieux dialoguer et écouter le patient et de pouvoir mieux prendre en charge la DPA.

Dr 4 « c'est plutôt, faut être à l'écoute, voilà c'est ça surtout, c'est, c'est vrai que, faut être à l'écoute, faut, y a quelques alertes. »

Dr 9 « Peut-être heu... avoir des, des consultations dédiées à ça, pourquoi pas. »

Dr 14 « on pourrait les écouter un peu quand vraiment, je parle de ceux qui vont vraiment pas bien »

5.2.21.4. Faciliter la prise en charge sociale afin de limiter l'isolement des PA

Pour certains MG, la pierre angulaire de la prise en charge est sociale. Il s'agit de lutter contre l'isolement. Pour cela, ils proposent de faciliter l'accès aux soins à domicile.

Dr 4 « Il faut lutter contre l'isolement surtout, c'est ça, parce que y en a beaucoup. »

Dr 6 « Si elles sont isolées c'est déjà en ayant des aidants ou des soignants qui soient là et de manière régulière. Pour pouvoir effectivement gérer le truc »

Dr 8 « rompre un peu l'isolement de ces personnes âgées, créer des structures, que ce soit vraiment des, que ce soit vraiment des établissements, des gros établissements »

Dr 15 « On a des trucs qui sont... fin oui qui sont tragiquement simples et il y a des des choses, des passages multiples qui seraient les plus efficaces à obtenir... des kinés, plus souvent, et bah c'est compliqué, obtenir des passages d'infirmières, heu plus fréquents c'est quasiment impossible. Obtenir des avis d'ergothérapeutes un suivi c'est quasiment impossible. Des trucs... basiques (insiste sur ce mot), qui justement heu... bah amélioreraient beaucoup la dépression de beaucoup personnes âgées parce que toujours pareil c'est très souvent lié à l'isolement, la dépendance et au handicap. »

5.2.21.5. Institutionnaliser précocement les PA isolées

Un médecin propose pour lutter contre l'isolement, facteur favorisant la DPA mais aussi compliquant la DPA, de mieux gérer l'entrée en EHPAD des PA isolées. Il s'agit de le faire au moment où la PA est encore capable de nouer des liens et de s'investir dans un groupe social.

Dr 6 « je pense que pour beaucoup ça passe essentiellement par des institutionnalisations (...) chez des gens qui sont effectivement isolé (...) Il y a un moment où l'institutionnalisation, si elle est faite suffisamment tôt, est intéressante, parce que c'est des gens qui peuvent quand même encore avoir un minimum d'activité et du coup qui peuvent s'intégrer dans un groupe et peuvent faire encore à un certain nombre de choses. »

5.2.21.6. Améliorer les moyens financiers et augmenter le nombre de d'EHPAD

Dans la même idée, les médecins constatent qu'il s'agit souvent d'un problème de moyens pratiques et financiers empêchant une bonne prise en charge. Ils proposent d'améliorer le financement et les aides aux personnes dépendantes et un remboursement des consultations de psychothérapie.

Dr 8 « créer des structures, que ce soit vraiment des, que ce soit vraiment des établissements, des gros établissements. Heu oui oui il y aurait sûrement pleins de choses à faire, mais il faut beaucoup de moyens, beaucoup de personnels, (...) des moyens, des moyens financiers, parce que souvent ils peuvent pas prendre des gens, d'aides à cause du manque de moyens surtout. Ça coûte cher. (...) Voilà donc oui surtout des moyens d'infrastructures surtout. (...) beaucoup de moyens pratiques. Des moyens financiers, des aides pour ces personnes âgées, pour toutes cette catégorie de population, pour financer la dépendance »

Dr 16 « en ayant un accès aux soins psychothérapeutiques beaucoup plus facile et remboursés. »

5.2.21.7. Resserrer les liens familiaux

Quand on demande comment améliorer la prise en charge de la DPA, les médecins pensent à l'amélioration des liens familiaux. Cela permettrait, selon leurs arguments, autant de prévenir la DPA que d'en améliorer la thérapeutique.

Dr 1 « je pense que le mieux c'est de garder les liens familiaux voilà. Encore faut-il qu'ils soient de bonnes qualités. »

Dr 2 « l'évolution des gens âgés aujourd'hui, ils ont tendance à se retrouver très isolés de leur famille, se retrouver en maison de retraite ou dans des EHPAD. Alors qu'autrefois ils étaient pris en charge dans leur famille, et ça ça change tout. »

5.2.21.8. Resituer la PA dans notre société et la rassurer

Nous avons mentionné que dans la société actuelle, les PA ne trouveraient plus leur place. Certains médecins proposent d'utiliser différentes activités pour redonner cette place aux PA, comme des ateliers de bricolage ou de la musicothérapie par exemple.

Dr 1 « ils font des petits concerts, (...) qui leur rappellent les chansons d'époque, et je vois des gens transformés. La musique (...) Ça permet effectivement à la personne de se retrouver dans un, dans un... un contexte rassurant »

5.2.21.9. Améliorer la formation

Les MG proposent une meilleure accessibilité à des formations plus spécifiques à la médecine générale. Il serait bénéfique que cette formation soit réalisée par les spécialistes environnants, ce qui permettrait d'améliorer les relations interdisciplinaires. Il est malgré tout souligné par certains MG que si des formations existent, il faut que les MG y assistent, d'où la proposition de rendre les formations en gériatrie obligatoires.

Dr 5 « Bah, par des études de cas, des réunions, dans un enseignement postuniversitaire »

Dr 7 « une formation un peu plus heu importante au niveau de la psychiatrie, de la dépression et du coup de la dépression de la personne âgée. Et puis heu... Bah se former par les formations obligatoires, et là c'est vrai, il faut... peut-être pousser un peu plus sur la personne âgée vu qu'on en a beaucoup en tant que médecin généraliste, la plupart du temps en tout cas. »

Dr 11 « ... on puisse peut-être se rencontrer, ce qui se fait dans certains cas, entre, entre confrères et entre paires, pour pouvoir effectivement avoir un un échange qui soit un peu plus, peut-être pas forcément un cours mais qui soit justement une étape de terrain mais avec un regard de spécialiste aussi pour qu'on puisse aussi discuter de nos de nos difficultés ou de ce qu'on a l'impression d'avoir bien gérer mais qui est peut-être pas si bien »

Dr 12 « Ça serait intéressant qu'on puisse rencontrer 2 ou 3 fois dans l'année pour pouvoir faire le point sur ce qu'il se fait et ... pour la prise en charge »

Dr 13 « par des formations adaptées, mais, ça c'est à nous de faire la démarche. Parce que des formations ça doit exister mais voilà »

5.2.21.10. Améliorer relation entre MG et spécialiste

5.2.21.10.1. Accessibilité à des conseils spécialisés

Les médecins aimeraient et proposent d'améliorer l'accès à des conseils spécialisés notamment dans le contexte d'urgence que ce soit par téléphone ou en ouvrant des plages de consultations pour éviter les hospitalisations. Ils parlent autant de psychiatrie que de gériatrie.

Dr 3 « Il faut qu'il y ait des structures qui, où on puisse, heu comment dire, assez facilement, heu avoir un interlocuteur rapide (...) qui pourrait au moins faire une consultation et essayer au maximum d'éviter les hospitalisations »

Dr 7 « Et peut-être plus de conseils auprès des gériatres en cas de difficultés. »

Dr 12 « qu'on ait des contacts plus souvent avec les gériatres, et les ... les psychiatres qui s'occupent de gérontopsychiatrie »

5.2.21.10.2. Apprendre à travailler ensemble

Les médecins ont conscience que c'est un problème qui touche l'ensemble des intervenants de la prise en charge psychiatrique et pas seulement le rapport médecine générale et spécialisée. Il s'agirait donc d'améliorer le travail d'équipe du réseau de soins psychiatriques.

Dr 10 « je pense qu'il faut vraiment améliorer la cohésion du réseau, avoir des effecteurs d'évaluation heu spécialisés dans la, voilà, quand nous on voit une personne âgée dépressive, qu'on a des difficultés, il faudrait qu'on puisse l'adresser pour avoir une évaluation globale et une sorte de, de protocole de cohésion entre nous, psychologues, heu... le CMP le psychiatre, quel traitement on peut choisir, qui va le réévaluer »

5.2.21.10.3. Mieux communiquer avec tous les intervenants

Avoir une meilleure communication interprofessionnelle permettrait un meilleur suivi entre la médecine générale et le secteur psychiatrique. Le suivi fait intégrante de l'obligation de continuité et de coordination des soins mais il nécessite encore des améliorations.

Le travail d'équipe sous entend une bonne communication, il paraît donc logique que certains médecins proposent d'améliorer le retour des psychiatres ou psychologues. D'autant plus que cela forme aussi les MG avec le temps.

Dr 11 « permettre peut-être un accès plus facile à des structures intermédiaires qui ne soient pas psychiatriques, je veux dire, qui ai un meilleur retour là au moins écrit d'indications et de discussions offertes par un psychiatre, ou une équipe psychiatre-psychologue dans le cadre des CMP (centre médicopsychologique) heu ... qui s'engagent un petit peu plus je veux dire de manière claire. (...) avoir quand même un accès un peu plus simplifié »

5.2.21.10.4. Faciliter l'accès aux soins

Nous avons parlé du manque de disponibilité perçu par les MG. Il s'agit aussi de faciliter physiquement l'accès aux soins. En effet une PA n'est pas nécessairement capable de conduire ou marcher pour voir le psychologue, et cela peut se compliquer si elle est isolée. Par ailleurs, l'accès vient aussi de l'aspect financier des consultations dont nous avons déjà parlé. Améliorer les aides et les moyens d'accès aux soins permettrait d'améliorer la prise en charge de la DPA.

Dr 15 « quand on arrive à organiser heu, le suivi psychologique avec heu, des psychologues ou un psychiatre et bah... l'organisation pratique comment vous faites pour amener le petit vieux ou la petite vieille du point A au point B. ça je sais pas. (...) Ça se joue sur le... sur comment avoir accès aux soins en pratique. »

Dr 16 « en ayant un accès aux soins psychothérapeutiques beaucoup plus facile et remboursé. Heu... et peut être en ayant des avis gérontopsy plus faciles aussi, une porte d'accès plus facile aussi »

5.2.21.11. Synthèse

Malgré leurs difficultés, certains MG n'ont pas réfléchi à cette question. Il est difficile de savoir s'il s'agit d'une résignation ou d'une difficulté à choisir les points d'amélioration prioritaires. Finalement, plusieurs voies d'amélioration sont envisagées.

Tout d'abord, au niveau de la consultation, du diagnostic et l'écoute, les MG proposent le développement de consultations spécifiques pour la DPA et une amélioration de leur formation. Concernant leur formation, certains proposent de les rendre obligatoires mais surtout plus adaptée à la spécialité de la médecine générale.

Ensuite, concernant la PA elle-même, les MG suggèrent d'améliorer le maintien à domicile et de mieux cibler l'entrée en EHPAD. Ils recommandent l'augmentation des aides financières et des moyens pour une prise en charge optimale de la DPA et de la PA en général. Il paraît important pour les MG de lutter contre l'isolement, et ils suggèrent d'encourager le maintien des liens familiaux, et d'aider la PA à se resituer dans notre société par des moyens de réassurance et des activités stimulantes.

Les médecins généralistes désirent également optimiser leur travail avec le réseau de soins psychiatriques. Si possible, ils aimeraient un meilleur accès à des conseils spécialisés, une meilleure communication interdisciplinaire, et que leur formation soit réalisée par les spécialistes avec lesquels ils sont en contact. Un meilleur accès aux soins psychothérapeutiques pourrait aussi faciliter la prise en charge de la DPA.

6. DISCUSSION

Lors de cette étude, nous avons mentionné la DPA en EHPAD et chez les PA atteintes de démences dans l'analyse des verbatim dans un souci d'exhaustivité. Cependant, nous ne pousserons pas plus loin la réflexion puisque ce travail concerne la DPA dans la population générale ambulatoire.

6.1. Définition et perception de la DPA

Tout d'abord, la définition de la dépression est difficile pour les MG : « c'est un vaste concept ». Davidsen montre en effet que pour les médecins généralistes, elle fait partie d'une « gray area » (zone d'ombre) (40). Nous constatons aussi que la définition de la personne âgée donne lieu à une réflexion complexe chez les médecins. L'âge, le vécu psycho-social et les antécédents médicaux rentrent en compte. Aucune limite franche n'est posée hormis les 65 ans « admis » qui sont parfois perçus comme un peu jeunes. De plus, cela fait écho aux définitions variables entre des organismes référents de santé tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (supérieur à 65 ans), le National Institute of Aging (plusieurs classes de personnes âgées à partir de 65 ans), et les institutions gériatriques (supérieur à 80 ans). On peut supposer que la prise en charge de la DPA est difficile pour le médecin généraliste puisque les bases terminologiques sont multiples et parfois imprécises.

La DPA est perçue comme une pathologie grave qui n'est pas négligée par les médecins généralistes. Cependant, certains médecins banalisent les symptômes voire pensent que la dépression est physiologique chez le sujet âgé. Lanis retrouve en effet que les troubles du sommeil, l'asthénie, les plaintes mnésiques et les plaintes somatiques multiples sont souvent considérés comme appartenant au vieillissement normal de la PA plutôt que des symptômes de la DPA (41).

De même, le médecin généraliste a du mal à la repérer devant les multiples possibilités cliniques. Elles sont différentes et souvent masquées par des PA qui se retiennent d'exprimer une pathologie honteuse. De même, la PA peut exprimer des plaintes somatiques multiples indiquant indirectement sa vulnérabilité psychique comme le constate Clément. Ceci est bien à l'esprit du médecin généraliste mais provoque parfois une irritabilité et un rejet du patient par

le MG selon Clément (42). Ces réactions peuvent révéler les difficultés et l'impuissance du médecin généraliste à faire face à cette pathologie complexe.

6.2. Discours de mort et suicide

Une PA qui parle de la mort génère plusieurs émotions chez le médecin généraliste. Elle réveille son empathie face à un discours philosophique ou de détresse qui montre la vulnérabilité du patient. En réaction, le médecin soit la considère et l'accompagne, soit la nie en minimisant son discours. Cela rappelle pour Charazac-Brunet que le tabou de la mort montre l'ultime échec du médecin impuissant face à cette réalité incontrôlable. Ce refus de dialogue lui permet de créer un rempart contre sa propre angoisse (43). Bertinet démontre que la formation des internes de médecine générale face à la fin de vie est insuffisante (44). Les discours de mort y faisant référence, il pourrait être intéressant de former les futurs médecins généralistes sur comment parler de la mort avec leur patient. De plus, le médecin généraliste a conscience que ce discours peut cacher une dépression et peut l'orienter sur un éventuel risque suicidaire.

Les idées suicidaires et le suicide de la PA ne sont pas un phénomène courant en médecine générale. Les médecins sont peu exposés au suicide et notent la différence par rapport aux données statistiques. Plusieurs études illustrent bien la fréquence et la gravité du suicide chez les PA (45,46). Ce décalage peut expliquer les idées erronées de certains médecins interviewés concernant la PA et le suicide. Les médecins généralistes occupent une place primordiale dans le repérage de la DPA et des intentions suicidaires. Ils expliquent ce décalage entre la théorie et leur pratique avec un repérage difficile des PA suicidaires qui ne cherchent pas à être aidés et ne consultent pas. Or, une étude britannique montrait que 48% des PA exprimaient des idées morbides à un professionnel de santé dans l'année précédant le passage à l'acte. Néanmoins, Harwood retrouve que les idées suicidaires n'étaient clairement formulées que dans 17.9% des cas (47). On peut donc supposer que les PA expriment des idées morbides mais de façon dissimulée rendant le repérage d'autant plus difficile pour le MG. Une étude suédoise confirme le rôle important de l'entourage dans le repérage. 73% de l'entourage auraient observé des envies de mort dans l'année précédant le suicide d'une PA (48).

De plus, le travail de Fischer suggère que les MG sont moins attentifs aux PA dépressives et recherchent moins les risques suicidaires chez les PA dépressives que chez les personnes plus

jeunes (49). Nous ne retrouvons pas ces résultats chez les médecins interviewés ou dans des études françaises, mais nous pouvons supposer qu'une réticence médicale à aborder le sujet de la mort et des idées suicidaires pourrait limiter le repérage du suicide chez une PA dépressive.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que le suicide est vu à la fois comme un événement dramatique parfois inévitable, mais surtout comme un moyen de libération. Les envies de mort sont vues comme compréhensibles dans des circonstances médicales particulièrement difficiles et sources de souffrance. Les médecins généralistes évoquent aussi la notion de dignité dans la mort et le suicide assisté. Ce travail a eu lieu pendant l'année de révision de la Loi Léonetti ce qui peut avoir aiguisé leur réflexion autour de l'euthanasie. En effet, selon la nouvelle loi Claeys-Léonetti, un patient peut réclamer une sédation profonde continue jusqu'au décès dans des directives anticipées qui s'imposent au médecin. Une dépression masquée pourrait conduire à l'instauration d'une dérive de cette mesure avec la survenue de suicides assistés malgré le médecin. De plus, le médecin doit soutenir parfois avec impuissance le patient en souffrance. Charazac-Brunel analyse que la sédation peut alors profiter au médecin et le soulager de cette situation pénible (43). Ces éléments sont une extrapolation de la vision positive du suicide exprimée par les MG dans notre enquête et seraient source d'un autre débat qui n'est pas l'objet de ce travail mais serait un sujet conséquent à part entière.

Nous avons vu que les envies suicidaires et le suicide sont déguisées et difficiles à reconnaître par les médecins généralistes. L'INSEE rapporte que le suicide représente 1.7% des décès des plus de 65 ans mais on peut se poser la question des suicides déguisés puisque plus du quart décèdent d'« autres causes » qui restent imprécises (50). La sous-estimation du suicide chez la PA serait supérieure à 10% selon Lefebvre montrant qu'un suicide peut être très discret chez la PA et difficile à identifier (45). Dans un but d'amélioration nationale de la prise en charge, la politique de santé publique du 9 août 2004 voulait diminuer de 20% le nombre de suicide en France en 5 ans (51). Selon la DRESS, celle-ci a permis d'abaisser le taux global de suicide de 9% notamment chez les plus de 74 ans où cette diminution dépasse les 20% (52).

Par ailleurs, une formation en médecine générale concernant le discours de mort et le repérage des idées suicidaires permettrait de lutter contre le suicide de la PA. Il est aussi important d'épauler les médecins généralistes pouvant se retrouver dans une impasse face à la souffrance des PA. D'autre part, le repérage et le traitement de la dépression sont primordiaux pour prévenir le suicide des PA.

6.3. Repérage

Le repérage de la DPA est difficile. Les symptômes cliniques sont variables et parfois masqués, et les facteurs favorisants sont multiples, médicaux et sociaux. Les médecins généralistes se heurtent aussi régulièrement à la résistance du patient âgé. En effet, Lanis retrouve que 44% d'entre eux estiment que plus de la moitié de leurs patients âgés sont dans le déni de leur dépression (41). De plus, les difficultés au repérage et au diagnostic prennent du temps que le médecin généraliste n'a pas. Les médecins sondés lors de ce travail ne semblent pas connaître qu'il existe une rémunération distincte pour les consultations dédiées au suivi de la dépression. Une cotation spécifique limitée à une fois par an a été créée par la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les consultations nécessitant l'utilisation de l'HDRS afin d'évaluer un état dépressif (ALQP003 à 69,12 euros). Un rappel de cette information auprès des MG pourrait peut-être faire évoluer leurs pratiques et faciliter la prise en charge initiale.

Toutefois, le médecin généraliste réalise surtout son diagnostic à l'aide de son empathie et de sa vigilance. On remarque d'ailleurs l'importance de l'utilisation des termes évoquant les sensations et le ressenti au cours de nos entretiens. Comme le retrouve Ould Bezio dans son travail, les médecins généralistes ont un rapport empathique avec leurs patients âgés et l'analyse subjective est au premier plan. Au vu des formes cliniques particulières chez la PA, connaître le patient et l'observation du langage non-verbal permet au MG de repérer cette pathologie (53).

Les médecins généralistes utilisent rarement des outils diagnostics qu'ils considèrent inutiles, preneurs de temps et néfastes à la relation médecin-malade. On retrouve de tels arguments dans la thèse de Sophie Lanis. De plus, elle retrouve que la HDRS, la seule connue par nos médecins, est considérée comme sans intérêt par 42% des MG interrogés. Lanis montre également que les MG formés à la gériatrie utilisent plus les échelles surtout la GDS et mini-GDS (annexe 4) (41). Or, Rosenberg retrouve que le médecin généraliste seul sur-détecte la DPA (54). La méta-analyse de Mitchell montre aussi que l'utilisation de la GDS 15 (forme à 15 questions) lors d'une consultation limitait les faux-positifs et les faux-négatifs par rapport à un entretien prolongé d'un médecin généraliste seul. Il n'est pas précisé si les patients étaient déjà suivis par ces médecins, ce qui peut biaiser les conclusions de l'étude (55). Clément a aussi montré l'effet de l'utilisation de la mini-GDS (annexe 4) sur la pratique en médecine générale même si celui-ci n'est pas pérenne (56). Par ailleurs, le médecin généraliste a souvent un

historique relationnel avec son patient et il considère cette connaissance comme un véritable avantage. Il serait intéressant d'évaluer l'importance de cet avantage sur la prise en charge.

D'autre part, notre travail a aussi pu aborder de façon intéressante la prise en charge thérapeutique de la DPA.

6.4. Traitement

Les médecins ont plusieurs difficultés dans la mise en place du traitement. Le patient âgé refuse parfois d'être aidé. La plupart du temps cela vient de sa représentation négative de la dépression. Van Bejouw retrouve des données similaires et montre que le patient ne veut pas montrer sa pathologie car il n'accepte pas l'image qu'il renvoie tout en pensant que la dépression peut se résoudre seule et que le traitement est inutile (57). Lanis retrouve aussi que 60% des MG ne débutent pas le traitement à la consultation initiale parce que le patient est dans le déni et, ou que le MG souhaite confirmer le diagnostic lors d'une deuxième consultation, ce que confirment nos données (41).

Concernant les classes d'antidépresseurs préférés par les MG, nos résultats sont également semblables aux études récentes (58) et concordent avec les recommandations officielles (4). Cependant, le travail de Merle montre que les médecins généralistes ont tendance à surutiliser les antidépresseurs dans les formes légères de dépression mettant en avant la difficulté du repérage et du diagnostic de la DPA (58).

D'autre part, il est recommandé de maintenir le traitement antidépresseur au minimum 12 mois chez la PA (9). Dans le sud de Lyon, Merle retrouve que 27% des médecins généralistes répondeurs traitaient leurs PA pendant moins de 6 mois (58). Dans les Bouches du Rhône, Lanis met en évidence que 48% des MG instaurent un antidépresseur pour une durée de 6 mois et 40% des MG pour une durée de 12 mois. Les autres médecins optaient pour des traitements plus longs voire à vie(41). De la même façon, les médecins répondeurs de notre étude dans l'ouest lyonnais étaient partagés sur cette durée. Or, un traitement mal-conduit, d'une durée inférieure aux recommandations, favorise les rechutes et la chronicisation de la DPA. Nous pouvons donc voir que, même si les MG manipulent bien les antidépresseurs, leurs pratiques peuvent s'améliorer afin de limiter ces conséquences connues et redoutées par les MG de notre travail.

De plus, la guérison de la DPA se révèle être un processus incertain et dont la prise en charge est difficile selon plusieurs études. Malgré un traitement bien conduit, un tiers des patients vont présenter une rémission à 2 et 3 ans (59,60), celle-ci pouvant atteindre 26% après 5 ans (61). Les MG interrogés dans ce travail en ont conscience et sont partagé entre le maintien d'un traitement bien toléré et le risque de rechutes à l'arrêt.

Par ailleurs, la poly-médication complexifie souvent la prise en charge des sujets. Lanis retrouve que 58% des MG sont réticents à instaurer un traitement antidépresseur en cas de poly-médication (41). Les spécialistes étant perçus comme indisponibles pour les aider, on pourrait envisager la solution d'une collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens de proximité.

Dans ce contexte, les MG connaissent les risques liés à la mauvaise utilisation des benzodiazépines et des hypnotiques : « *on est coincé* » (Dr 12). Ceci montre l'efficacité du plan psycho SA de l'HAS (4) et est en accord avec les recommandations de l'AFSSAPS luttant contre une association systématique antidépresseur et anxiolytiques. Néanmoins, Merle retrouve qu'en pratique 63% des MG associent souvent ou toujours le traitement antidépresseur à des benzodiazépines (58).

La psychothérapie rentre aussi dans les recommandations thérapeutiques de la DPA. C'est un traitement qui est conseillé et connu par les MG sondés. Seulement, moins de la moitié des MG interrogés dans le travail de Merle adresse effectivement leurs patients pour une psychothérapie dont 19% vers un psychologue et 15% vers un psychiatre. Merle retrouve aussi que les MG aimeraient réaliser le soutien psychothérapeutique de leur patient mais que 78% d'entre eux manque de temps pour le faire (58).

Si les pratiques ne sont pas homogènes et parfois différentes des recommandations, les MG connaissent malgré tout la prise en charge thérapeutique de la DPA. Notre travail fait ressortir qu'ils vont par contre être gênés dès lors que leurs compétences sont dépassées, ce qui nous permet d'aborder leurs relations avec les spécialistes.

6.5. Les rapports avec le réseau psychiatrique

Les médecins généralistes ont des difficultés avec le réseau de soins psychiatriques. Tout d'abord, nous avons mené une enquête pour comprendre la sectorisation psychiatrique qui n'a pas été aisée. Cette sectorisation n'est pas géographique mais démographique, selon la population adulte ou pédiatrique de chaque commune. Un médecin généraliste exerce sur plusieurs communes et peut dépendre de plusieurs secteurs psychiatriques puisque c'est le domicile du patient qui importe. Dans l'ouest lyonnais, nous avons les secteurs de l'hôpital Saint Jean de Dieu, de l'hôpital du Vinatier et de l'hôpital de Saint Cyr au Mont d'Or. La cartographie (annexe 10) n'étant pas très claire concernant les communes qui dépendent de ces secteurs, il aura fallu plusieurs échanges par email avec l'ARS afin d'obtenir la sectorisation par communes. On en déduit qu'il est peu probable que les médecins généralistes connaissent exactement quel est leur réseau psychiatrique de référence, ce qui peut nuire à son bon fonctionnement.

Malgré cela, le médecin généraliste connaît l'existence du réseau soins psychiatriques mais il s'appuie peu sur celui-ci. On a pu mettre en évidence un décalage entre les nombreux motifs d'orientation, des compétences parfois insuffisantes, et une fréquence d'orientation perçue comme rare. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer et Merle retrouve dans son travail des données similaires aux nôtres. Pour 64% des MG, les patients sont réticents à voir un psychiatre et 66% des généralistes n'ont régulièrement pas de retour sur la consultation spécialisée (58). Cette absence de réelle relation interprofessionnelle crée des sentiments d'isolement voire d'abandon chez le médecin généraliste. En effet, 82% des MG estimaient que la difficulté d'accès aux soins spécialisés est un obstacle à la prise en charge de la DPA dans l'étude de Merle. A l'instar de notre travail, elle retrouve comme obstacles le délai de consultation, l'accessibilité à des conseils spécialisés et l'absence de possibilité de prise en charge en urgence. Ce problème est perçu comme ancré depuis de nombreuses années malgré l'amélioration de la coordination des soins.

Selon Lanis, plus de la moitié des médecins généralistes considèrent manquer de moyens pour le diagnostic et la prise en charge de la DPA (41). De même en 2012, Dumesnil retrouvait que 2/3 des MG sont insatisfaits de leur relation avec les psychiatres. Les recommandations de 2010 par le Collège National de Coordination des Soins en Psychiatrie (CNQSP) n'ont donc pas eu l'efficacité attendue (62,63). Ainsi, les MG se débrouillent de préférence seuls « avec les

moyens du bords » et pensent être à même de gérer une DPA malgré leurs difficultés. On pourrait se méfier d'une dérive où le MG se mettrait en porte-à-faux voire en situation de risque mais ils se défendent de dépasser les limites de leurs compétences.

On peut aussi mettre en avant que le médecin généraliste est habitué, en lien avec la nature libérale et indépendante de sa spécialité, à travailler seul. En effet, le fonctionnement d'un réseau nécessite l'envie de travailler en groupe mais implique aussi des moyens et une formation au travail en équipe. Malgré la mise en avant de notre rôle dans la coordination des soins, la formation sur le management et le team-work n'existe pas en tant que tel pour l'instant dans le cursus universitaire du médecin généraliste. Nous n'avons pas exploré ce sujet plus en détail mais peut aussi s'intéresser à la question de l'enseignement universitaire sur le suivi et la coordination des soins délivré aux internes de psychiatrie.

Par ailleurs, le psychiatre Clément décrit différents modes de fonctionnement, que ce soit en ambulatoire ou en institution, entre les médecins généralistes et les spécialistes. Il met en avant l'importance de travailler avec le MG et son rôle est surtout explicité comme garant du maintien à domicile (42).

Il faut aussi mettre en perspective que, malgré l'ensemble de leurs problèmes décrits ci-dessus, les MG répondus à notre enquête sont satisfaits des prises en charge spécialisées.

6.6. Prise en charge socio familiale

Au terme de cette étude, on identifie que l'isolement influence de façon multiple la DPA. C'est un facteur favorisant, un facteur de gravité et un facteur de risque suicidaire. Les médecins considèrent de ce fait qu'il est plus complexe de prendre en charge les PA isolées et vont plus facilement les hospitaliser.

Cependant, le médecin généraliste a peu d'influence sur l'isolement. Il peut mettre en place des aides à domicile. Clément précise néanmoins qu'environ 80% de l'entourage est familial et seulement 20% est professionnel (42). Le MG peut aussi conseiller les aidants naturels (famille, voisins, amis...) mais ne peut évidemment pas leur imposer la prise en charge thérapeutique. De plus, les aidants sont considérés comme un soutien à la PA dépressive mais ils ne sont pas professionnels de santé. Par exemple, dans l'étude de Griffiths, l'entourage peut parfois avoir

un effet néfaste sur le patient en le stigmatisant ou en apportant un aide inadéquate ou inappropriée (64). De plus, les aidants naturels peuvent s'épuiser avec un risque de burn-out.

Par ailleurs, l'entourage et les équipes paramédicales sont consultés régulièrement dans la prise en charge du patient âgé chez nos MG répondeurs. L'entourage aide dans la prise de décision thérapeutique parfois même plus que le patient lui-même. De plus, le MG éprouve le besoin de surveiller la PA directement par une infirmière à domicile ou à distance par téléphone avec la famille. Dans certains cas, ce phénomène tend vers une infantilisation de la PA. C'est une surveillance bienveillante mais la prise en charge médicale est un choix qui doit émaner du patient. Chez la PA dépressive jusqu'où devons-nous pousser les soins ? Un seul médecin a mis cela en opposition avec le secret médical. Selon Lanis, la formation du médecin généraliste influence ce rapport à l'entourage. Les MG ayant reçu une formation en gériatrie vont plus s'appuyer sur les aides spécialisés contrairement aux MG non-formés qui s'appuient plus sur l'entourage (41).

D'autre part, certains médecins mentionnent que la prise en charge sociale de la personne âgée est importante pour limiter la dépression. Il s'agit de développer des moyens et des infrastructures dédiées à la prise en charge de la personne âgée. C'est d'autant plus important que la population française est vieillissante et représentera 26.7% des français en 2060 (65). La France n'est pas en retard à ce niveau là puisque son réseau de soins de gérontopsychiatrie est cité comme un exemple à suivre par Mc Call (66). Nous pourrions nous intéresser à la mise en place d'un plan national qui pourrait viser à sensibiliser la population française à la fragilité de la PA et au risque de dépression chez la PA isolée. En effet, le médecin généraliste est limité à la prise en charge des patients qui le contactent. Dans cette idée, le premier Plan Psychiatrie et Santé mentale (2005-2008) a réalisé avec l'INPES la mise en place d'une campagne nationale « la dépression en savoir plus pour s'en sortir » afin de sensibiliser la population à cette maladie. Cette campagne a été très courte et les résultats sont mitigés. Les MG ont vu un changement dans leurs pratiques puisque la campagne a permis d'ouvrir le dialogue avec des patients dépressifs (3). Cependant cet effet a été éphémère. Un deuxième plan a suivi (2011-2015) dont les résultats n'ont pour l'heure pas été analysés mais qui concernait la prise en charge globale psychiatrique. Nous ne pouvons qu'encourager la poursuite de ces démarches d'amélioration nationale des prises en charge psychiatriques puisqu'à terme, elles visent aussi une meilleure prise en charge de la DPA.

6.7. Points d'amélioration et formation

De nombreuses améliorations sont à amener à la prise en charge ambulatoire de la dépression de la personne âgée. Le perfectionnement de la formation en médecine générale est une des options proposées par les MG mais selon Lanis, 70% d'entre eux n'approuvent pas une augmentation de la fréquence des formations sur la DPA (41). En effet, notre travail montre qu'il s'agit surtout d'améliorer la qualité des formations existantes à la pratique réelle de la médecine générale. De plus, les MG y trouveraient un réel intérêt à ce que la formation continue soit délivrée par les psychiatres de proximité. Nous présumons qu'elle aurait l'avantage d'améliorer la relation et la communication entre médecins. Par ailleurs, une meilleure communication des nouvelles recommandations officielles permettrait aussi aux médecins généralistes d'actualiser plus facilement leurs connaissances.

Au vu de la perception des MG des différents types de formation en gérontopsychiatrie, le maintien des stages en gériatrie dans le cursus universitaire de médecine générale semble important.

Concernant le réseau de soins psychiatriques, il serait intéressant de mener une enquête afin de ne pas ignorer un dysfonctionnement plus complexe que le seul problème des MG et des psychiatres, dans le but de pouvoir proposer des améliorations ciblées et adaptées aux difficultés des différents intervenants.

6.8. Critique de notre travail

Notre travail vise à explorer la perception et la prise en charge de la DPA par le MG de l'Ouest Lyonnais. Du fait que certains médecins étaient amenés à travailler avec le Directeur de thèse (Dr. Albrand), nous avons veillé à l'anonymat des répondeurs afin de conserver l'objectivité de l'analyse. Nous avons réalisé notre enquête sur une période de 11 mois. 17 médecins ont répondu ce qui correspond à un taux de réponse faible de 55%. Ceci peut s'expliquer par les difficultés à contacter directement les médecins. Il existe probablement un biais de recrutement des médecins répondeurs qui sont sûrement plus sensibles à la problématique de la personne âgée dépressive et donc plus formés. Fait marquant, 6 des MG sondés, ont proposé un

remplacement à l'enquêteur. On peut donc se poser la question de la motivation initiale à répondre à l'enquête et du biais induit.

L'échantillon de médecins répondants est hétérogène avec un nombre d'hommes (12) nettement supérieur au nombre de femmes (5), de façon semblable aux données nationales puisque 43.5% des MG sont des femmes en France en 2015 (67). Au niveau de la représentativité des médecins par CC, l'objectif a été obtenu hormis pour les CC de Pays Mornantais (1 répondant), et du Pays Mornantais (2 répondants) et dans la vallée du Garon (4 répondants). Nous ne pouvons donc pas considérer cette étude comme représentative de l'ensemble des MG au niveau régional ou national au vu de sa faible puissance et son secteur géographique limité. Il existe néanmoins une certaine redondance des idées phares entre les verbatim, nous permettant de mettre en avant des points intéressants malgré la taille modeste de l'échantillon. Les MG nous permettent aussi de proposer des points d'amélioration pour la prise en charge de la DPA en médecine générale.

De plus, l'enquêteur n'avait jamais réalisé d'enquête qualitative auparavant. Le manque d'expérience a pu biaiser le bon déroulé de l'entretien en l'influençant par son opinion personnelle et le contexte. Au fur et à mesure des entretiens, l'enquêteur s'est amélioré comme le montre les relances, les reformulations et le respect des silences. Dans 2 entretiens (8 et 17) l'ensemble des sujets des questions non pas été abordés. Plusieurs entretiens ont été gênés par des éléments perturbateurs tels que les appels téléphoniques qui pouvaient rompre la pensée et le rythme de l'entretien. L'enregistrement a aussi été un élément d'inhibition pour le discours de certains médecins.

Si plusieurs réponses ont pu choquées car banalisées, contradictoires ou erronées, nous devons nous rappeler que la DPA est une prise en charge complexe chez des patients, eux-mêmes parfois complexes, comme le montre l'ensemble des difficultés exposées par les MG.

7. CONCLUSION

La dépression de la personne âgée est un problème de santé publique car c'est une pathologie fréquente qui a des conséquences graves pouvant être fatales. De ce fait, la médecine générale est la première spécialité médicale concernée pour la prendre en charge. Nous avons voulu explorer la perception et les modalités de prise en charge par une enquête concentrée sur l'ouest lyonnais. Nous avons réalisé un questionnaire testé sur des maîtres de stage universitaire praticien en médecine générale, qui comportait 2 parties : la perception et le diagnostic de la dépression de la personne âgée, et la prise en charge thérapeutique. 17 médecins ont répondu.

Le repérage et le diagnostic de la dépression chez la personne âgée est difficile. Si la définition de la dépression des médecins généralistes est floue, son diagnostic est compliqué chez la personne âgée car elle présente des formes cliniques polymorphes et souvent masquées qui nécessitent des temps de consultation longs. Les symptômes sont également banalisés par la personne âgée. Le médecin généraliste fait souvent le diagnostic à l'aide de son empathie et de son ressenti qui font écho à sa réticence à utiliser des outils spécifiques.

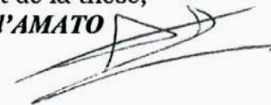
Au niveau de la prise en charge thérapeutique, les médecins généralistes utilisent peu d'antidépresseurs dans le souci de les maîtriser. Ils sont prudents devant le risque de dépendance ainsi que les risques d'intolérances ou d'interactions médicamenteuses. Cependant ils vont se heurter au déni et à la mauvaise adhésion du patient. La psychothérapie est encouragée par les médecins généralistes mais difficile à mettre en place du fait des réticences des patients âgés et des limites de leurs moyens financiers. Par ailleurs, ils s'appuient rarement sur les spécialistes et les services hospitaliers à cause de difficultés dans les relations interprofessionnelles créant une impression d'isolement. Les patients âgés s'opposent aussi à ce mode de prise en charge.

Pour les médecins généralistes, la prise en charge socio-familiale est importante. En effet, l'entourage donne l'alerte et améliore le suivi et l'adhésion du patient âgé au traitement. A l'inverse, l'isolement des personnes âgées a un rapport de causalité avec la dépression et augmente la complexité de sa prise en charge. Les médecins généralistes reconnaissent n'avoir qu'une action très limitée.

Au vu des nombreuses difficultés, plusieurs améliorations sont possibles. Une formation renforcée serait souhaitable mais plus adaptée à la médecine générale et si possible actualisée régulièrement avec l'aide des spécialistes, de préférence du secteur. Par ailleurs, un plan social visant à sensibiliser la population générale à la fragilité par l'isolement de la personne âgée

pourrait être envisagé ce qui permettrait une prévention primaire par un meilleur repérage de la dépression chez la personne âgée. Nous avons vu que les médecins sont peu convaincus de l'utilité des outils d'aide au diagnostic, mais ils en connaissent peu et craignent pour la relation de confiance médecin-malade. Il serait intéressant de mener une étude sur la perception des patients de l'impact de l'utilisation d'une échelle courte sur la relation médecin-malade. D'autre part, on pourrait améliorer le réseau de soins psychiatriques notamment en encourageant une meilleure communication interprofessionnelle. Une enquête auprès des différents intervenants du réseau permettrait également de mieux cibler les sources de dysfonctionnement afin de proposer une optimisation globale et de libérer chaque acteur du réseau de ces difficultés.

Le Président de la thèse,
Pr. Thierry d'AMATO



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **12 février 2016**

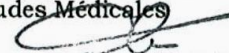
VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est

Professeur Jérôme ETIENNE



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Professeur François-Noël GILLY



8. BIBLIOGRAPHIE

1. Chan Chee C, Gourier-Fréry C, et al. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. Santé Publique. 2 févr 2012;Vol. 23(HS):11-29.
2. Giordana J, Roelandt J, Porteaux C. Mental Health of elderly people: The prevalence and representations of psychiatric disorders. L'Encéphale. 2010;36(3 Suppl):59-64.
3. Haut Conseil de la santé publique. Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2011 oct [cité 6 févr 2016]. Disponible sur:
https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiZ2IKrtp_LAhVJtRoKHxfab9oQFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hcsp.fr%2Fexplorer.cgi%2Fhcspr20111006_evalplapsysantementale.pdf&usg=AFQjCNEpHMy0iLXvOXeitHU-q4fO_2MxSQ
4. Haute Autorité de Santé. Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé (Psycho SA) - Programme Pilote 2006-2013 [Internet]. HAS. [cité 18 janv 2016]. Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/fr/prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-programme-pilote-2006-2013
5. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 [Internet]. [cité 20 févr 2016]. Disponible sur:
http://affairesjuridiques.aphp.fr/IMG/pdf/Plan_Psy_-_2011-2015.pdf
6. Éditions Larousse. Définitions : dépression. Dictionnaire de français Larousse. [Internet]. [cité 1 mars 2016]. Disponible sur:
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pression/23913>
7. Le mal de vivre depuis 3000 ans. L'Histoire. mars 2004;(285):34-55.
8. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Gérontologie Société. 2008;126(3):141-55.
9. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP de gériatrie). Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées. Frison-Roche. 2015.
10. Gallarda T, Lõo H. Dépression et personnes âgées. L'Encéphale. juin 2009;35(3):269-80.
11. Collège National des Enseignant en Gériatrie. Vieillesse. 2^e éd. Paris: Masson; 2010. 187-198 p.
12. Lacoste L, Trivalle C. Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gérontologique. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. avr 2005;5(26):44-51.
13. 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. Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry. déc 2010;18(12):1066-77.
14. Lynch JW, Kaplan GA, Shema SJ. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. N Engl J Med. 25 déc 1997;337(26):1889-95.

15. Boiron A, Labarthe J, et al. Les niveaux de vie en 2013. Insee Prem. sept 2015;(1566).
16. M. Lelièvre, Sautory O, Pujol J. Les revenus et le patrimoine des ménages: Niveau de vie par âge et génération entre 1996 et 2005. INSEE; 2010.
17. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Gériatrie. 3^e éd. Elsevier-Masson; 2014.
18. Cottencin O. Dépressions sévères : comorbidités somatiques. L'Encéphale. déc 2009;35:S272-8.
19. Lemaire B, Geron D, Malaise O, Krzesinski JM, Anseau M, Scantamburlo G. Depression as a common complication of systemic lupus erythematosus. Rev Médicale Liège. avr 2015;70(4):215-8.
20. Marrie RA, Reingold S, Cohen J, Stuve O, Trojano M, Sorensen PS, et al. The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: a systematic review. Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl. mars 2015;21(3):305-17.
21. Lafay-Chebassier C, Chavant F, Favrelière S, Pizzoglio V, Pérault-Pochat M-C, the French Association of Regional Pharmacovigilance Centers. Drug-induced Depression: a Case/Non Case Study in the French Pharmacovigilance Database. Thérapie. sept 2015;70(5):425-32.
22. Godin O, Dufouil C, et al. Depressive Symptoms, Major Depressive Episode and Cognition in the Elderly: The Three-City Study. Neuroepidemiology. 2007;28(2):101-8.
23. Spampinato U, Tison F. Dépression et maladie de Parkinson. EMC - Neurol. oct 2012;9(4):1-15.
24. Zhao Q-F, Tan L, et al. The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 24 oct 2015;190:264-71.
25. Israelsson H, Allard P, Eklund A, Malm J. Symptoms of Depression Are Common in Patients With Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus. Neurosurgery. 2 nov 2015;
26. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. Biol Psychiatry. 1 févr 1988;23(3):271-84.
27. Barrimi M, Aalouane R, Aarab C, Hafidi H, Baybay H, Soughi M, et al. Corticothérapie prolongée et troubles anxieux et dépressifs. Étude longitudinale sur 12mois. L'Encéphale. Fev 2013;39(1):59-65.
28. Thériaque [Internet]. [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: http://www.theriaque.org/apps/recherche/rch_simple.php
29. Dhondt TDF, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W. Iatrogenic depression in the elderly. Results from a community-based study in the Netherlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. août 2002;37(8):393-8.
30. Rhee H, Gunter JH, Heathcote P, Ho K, Stricker P, Corcoran NM, et al. Adverse effects of androgen-deprivation therapy in prostate cancer and their management. BJU Int. avr 2015;115 Suppl 5:3-13.
31. Aouba A, Pequignot F, Camelin L. Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Numéro thématique.

- Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. Bull Epidemiol Hebd. 19 déc 2011;(47-48):497-500.
32. AFSSAPS. Bon Usage des Médicaments Antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux de l'adulte. Oct. 2006 [Internet]. [cité 30 mars 2015]. Disponible sur: http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf
 33. Bogetto F, Bellino S, Revello RB, Patria L. Discontinuation syndrome in dysthymic patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors: a clinical investigation. CNS Drugs. 2002;16(4):273-83.
 34. Bhanji NH, Chouinard G, Kolivakis T, Margolese HC. Persistent tardive rebound panic disorder, rebound anxiety and insomnia following paroxetine withdrawal: a review of rebound-withdrawal phenomena. Can J Clin Pharmacol J Can Pharmacol Clin. 2006;13(1):69-74.
 35. René M, Kindynis S, Csillik A. Particularités des thérapies cognitivo-comportementales et des interventions de psychologie positive dans la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées. J Thérapie Comport Cogn. Déc 2012;22(4):169-74.
 36. Achahboune L. Démences: vision du médecin généraliste. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
 37. Insee - France métropolitaine. Chiffres clés Évolution et structure de la population - 2011 [Internet]. [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&millesime=2011&typgeo=METRODOM&search=1
 38. INSEE. Tableaux de l'économie française. 2015^e éd. 2015. 26-27 p.
 39. ROCARE : Extraits de guides pour la Recherche Qualitative [Internet]. [cité 18 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/index.php>
 40. Davidsen AS, Fosgerau CF. What is depression? Psychiatrists' and GPs' experiences of diagnosis and the diagnostic process. Int J Qual Stud Health Well-Being. 2014;9:24866.
 41. Lanis S. La dépression du sujet âgé: difficultés dans le diagnostic et la prise en charge [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Université d'Aix-Marseille II; 2009.
 42. Clément J.-P. Psychiatrie de la personne âgée. Flammarion médecine-sciences; 2010.
 43. Charazac-Brunel M. Le suicide des personnes âgées. Erès. 2014.
 44. Bertinet-Kawski E. L'accompagnement en fin de vie : ressenti, pratiques et difficultés rencontrées par les internes de médecine générale. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2013.
 45. Lefebvre des Noettes V. Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2014;14(83):246-51.
 46. Bouché C, Bouldoires T, Bordage C. Le suicide du sujet âgé, un phénomène de santé publique sous-estimé. Soins Gériatrie. 3 nov 2011;16(91):28-30.

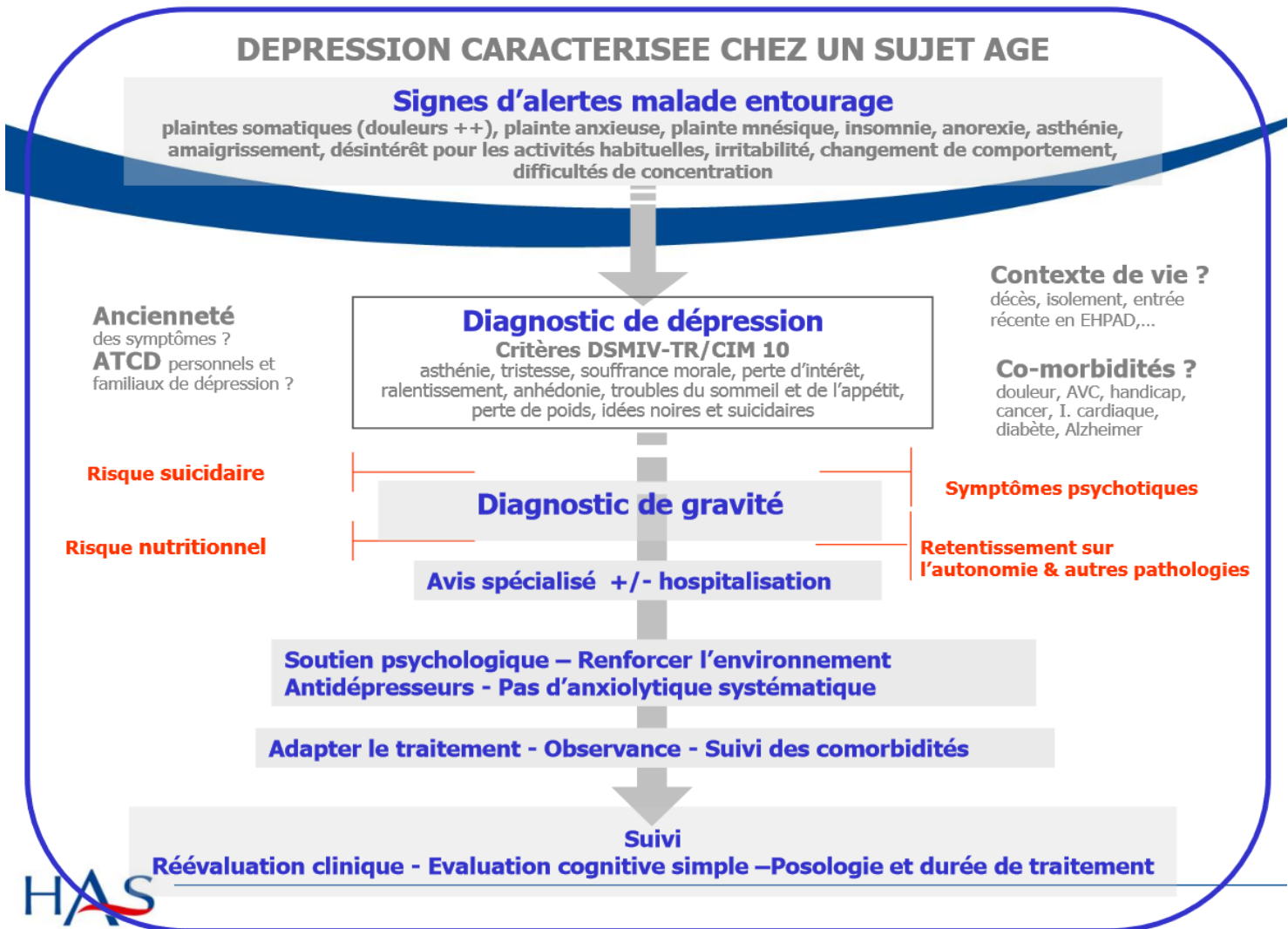
47. Harwood DM, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry*. août 2000;15(8):736-43.
48. Waern M, Beskow J, Runeson B, Skoog I. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet Lond Engl*. 11 sept 1999;354(9182):917-8.
49. Fischer LR, Wei F, Solberg LI, Rush WA, Heinrich RL. Treatment of Elderly and Other Adult Patients for Depression in Primary Care. *J Am Geriatr Soc*. 1 nov 2003;51(11):1554-62.
50. Insee - Santé. Principales causes de décès des personnes âgées en 2012 [Internet]. [cité 19 févr 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=natsos06220
51. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&dateTexte=20160301>
52. DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011 [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; [cité 19 févr 2016] p. 276,277,322,323. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf
53. Ould Beziou A. La dépression du sujet âgé, sa prise en charge globale, ses difficultés diagnostiques et thérapeutiques [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2004.
54. Rosenberg E, Lussier M-T, Beaudoin C, Kirmayer LJ, Dufort GG. Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *Gen Hosp Psychiatry*. oct 2002;24(5):322-7.
55. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord*. sept 2010;125(1-3):10-7.
56. Clément J.-P., Preux P-M, Fontanier D., Léger J.-M. Mini-GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale. *L'Encéphale*. 17 févr 2008;27(4):329.
57. Van Beljouw I, Verhaak P, Prins M, et al. Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatr Serv Wash DC*. mars 2010;61(3):250-7.
58. Merle L. Prise en charge de la dépression caractérisée du sujet âgé par le médecin généraliste. Enquête quantitative auprès de 114 médecins généralistes du Sud du département du Rhône. [Lyon, France]: Université Claude Bernard -Lyon 1; 2016.
59. Murphy E. The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. févr 1983;142:111-9.
60. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. août 1999;156(8):1182-9.

61. Kivelä SL. Long-term prognosis of major depression in old age: a comparison with prognosis of dysthymic disorder. *Int Psychogeriatr IPA*. 1995;7 Suppl:69-82.
62. Dumesnil H, Cortaredona S, Verdoux H, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P. General Practitioners' Choices and Their Determinants When Starting Treatment for Major Depression: A Cross Sectional, Randomized Case-Vignette Survey. Scott JG, éditeur. *PLoS ONE*. 18 déc 2012;7(12):e52429.
63. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie - La recommandation Médecins Généralistes/Psychiatres - Sept 2010 [Internet]. [cité 20 févr 2016]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/cnqpsy/the-team/documents-a-telecharger>
64. Griffiths KM, Crisp DA, Barney L, Reid R. Seeking help for depression from family and friends: a qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC Psychiatry*. 2011;11:196.
65. Blanpain N., Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. *Insee Prem*. oct 2010;(1320).
66. McCall WV, Kintziger KW. Late Life Depression: A Global Problem with Few Resources. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. déc 2013 [cité 16 févr 2016];36(4). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830423/>
67. Insee - Santé. Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015 [Internet]. [cité 29 févr 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102

9. ANNEXES

Annexe 1

Arbre décisionnel dépression caractérisée chez un sujet âgé (Haute Autorité de Santé, 2014).



Annexe 2

DSM V par l'American Psychiatric Association.

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 (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale

1. 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).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. 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).
9. 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 des troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.

E) Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Note : 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, peuvent 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 une altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

Annexe 3

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 d'après Boyer, 1999

Dépression et santé publique.

A. Critères généraux (obligatoires)

- G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
- G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un Épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.
- G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à L'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon La définition donnée en F00-F9.

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

- (1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- (3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

- (1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
- (2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
- (3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
- (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
- (6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
- (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Annexe 4

La Geriatric Depression Scale à 30 questions (mini-GDS à 4 questions en grisé)

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ? oui non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ? oui (1) non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui (1) non
4. Vous ennuyez-vous souvent ? oui (1) non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ? oui non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ? oui (1) non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? oui non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ? oui (1) non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ? oui non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ? oui (1) non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ? oui (1) non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ? oui (1) non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ? oui (1) non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ? oui (1) non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ? oui non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ? oui (1) non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand-chose en ce moment ? oui (1) non
18. Vous faites-vous beaucoup de souci à propos du passé ? oui (1) non
19. Trouvez-vous la vie excitante ? oui non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ? oui (1) non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ? oui non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir (désespérée) ? oui (1) non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ? oui (1) non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ? oui (1) non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ? oui (1) non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ? oui (1) non
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ? oui non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ? oui (1) non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ? oui non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ? oui non (1)

Etablissement du score et interprétation TOTAL : ajouter toutes les réponses entourées, chacune valant un point, pour le score total. Scores d'après la version initiale en anglais :

0 à 9 : normal 10-19 : légèrement dépressif 20-30 : sévèrement dépressif

Annexe 5

Echelle de dépression de Hamilton

HAMD-21 Traduction française révisée par J.D. GUELF

INSTRUCTIONS

Pour chacun des 17 items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante.

1 Humeur dépressive:(tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation).

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 ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.
4. Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces 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 sur 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 geste de suicide.
4. Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

4 Insomnie du début de la nuit :

0. Pas de difficulté à s'endormir.

1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure.
2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5 Insomnie du milieu de la nuit :

0. Pas de difficulté.

1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.
2. Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).

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 bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).
3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités-aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).
4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

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

0. Langage et pensée 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, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10Anxiété 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 qu'on pose de questions.

11 Anxiété somatique : Concomitants physiques de l'anxiété tels que :

- Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations),
- Cardiovasculaires (palpitations, céphalées),
- Respiratoires (hyperventilation, soupirs),
- Pollakiurie
- Transpiration

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 par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.

2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

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. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

14 Symptômes génitaux : symptômes tels que : 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, etc.

4. Idées délirantes hypochondriaques.

16 Perte de poids :(coter soit A, soit B)

A. (D'après 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 (suivant ce que dit le sujet).

B. (Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées).

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.

Total des 17 premiers items (les notes correspondant aux quatre derniers items (18 à 21) ne sont généralement pas inclus dans la note totale.)

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave : de 10 à 13 : symptômes dépressifs légers, de 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés, plus de 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères.

Annexe 6

L'échelle de dépression de Cornell pour la démence (Cornell Scale for Depression in Dementia)

Objectif : Cette échelle a pour but d'aider au diagnostic de dépression chez des patients atteints de démence.

Utilisation : Cette échelle comporte 19 items décrivant des symptômes ou signes, chaque item devant être coté selon 3 niveaux : 0 = absent, 1 = léger ou intermittent, 2 = grave. La cotation est faite par un évaluateur médecin qui renseigne chaque item à partir de questions posées au patient et à son « caregiver » (aidant familial, soignant dans une institution), visant à rechercher les symptômes ou signes décrits dans chaque item. Les questions concernent l'état du patient dans la semaine précédant la passation, sauf indication autre dans l'échelle. Le score total est la somme des scores des 19 items et varie entre 0 et 38.

Interprétation : Un score total inférieur ou égal à 7 suggère l'absence de dépression, alors qu'un score supérieur ou égal à 25 suggère une dépression majeure. Un score compris allant de 8 à 14 inclus suggère une dépression mineure et un score allant de 15 à 24 inclus une dépression probable. Ce score fournit une indication et ne permet pas de poser à lui seul le diagnostic de dépression qui est particulièrement difficile chez les malades atteints de démence évoluée.

Référence : Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol psychiatry 1988 ;23:271-84. (Traduction française de l'Hôpital Régional de Campbellton, Québec, Canada).

Attribuer à chaque item le score 0 (absent), 1 (léger ou intermittent) ou 2 (sévère)

1. Anxiété (expression anxieuse, ruminations, tendance à se faire du souci)
2. Tristesse (expression triste, voix triste, tendance à pleurer constamment)
3. Absence de réaction face à des événements agréables
4. Irritabilité (facilement contrarié, s'empporte facilement)
5. Agitation (ne peut tenir en place, se tord les mains, se tire les cheveux)
6. Ralentissement (mouvements lents, débit de parole lent, réactions lentes)
7. Plaintes physiques multiples (attribuer la cote « 0 » s'il s'agit uniquement de problèmes gastro-intestinaux)
8. Perte d'intérêt (participe moins aux activités habituelles) (attribuer une cote uniquement si le changement s'est produit de façon aiguë, par ex. depuis moins d'un mois)
9. Perte d'appétit (mange moins qu'à l'habitude)
10. Perte de poids (attribuer la cote « 2 » si la perte est supérieure à 2,5 kilos en 1 mois)
11. Manque d'énergie (se fatigue facilement, est incapable de prendre part à des activités) (attribuer une cote uniquement si le changement s'est produit de façon aiguë par ex. depuis moins d'un mois)
12. Variation diurne de l'humeur (aggravation des symptômes le matin)
13. Difficultés à s'endormir (s'endort plus tard qu'à l'habitude)
14. Réveils nocturnes fréquents
15. Réveils matinaux précoces (se réveille plus tôt qu'à l'habitude)
16. Suicide (a le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, a des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide)
17. Faible estime de soi (se blâme, a des sentiments d'autodépréciation ou d'échec)
18. Pessimisme (s'attend au pire)
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur (idée délirantes de ruine, de maladie ou de perte).

SCORE TOTAL Score ≤ 7 : pas de dépression ; Score de 8 à 14 : dépression mineure ; Score de 15 à 24 : dépression probable ; Score ≥ 25 : dépression majeure

Annexe 7

Première version du guide d'entretien

L'entretien que nous allons faire, vise à décrire votre perception de la dépression de la personne âgée et comprendre comment vous la prenez en charge.

Si vous l'accepter cet entretien sera enregistré. Il restera anonyme et vos coordonnées resteront confidentielles.

Je vais d'abord commencer par des questions générales :

1. Comment définissez-vous une personne âgée ?
2. Qu'évoque pour vous la dépression ? Comment la définissez-vous ?
3. Qu'évoque pour vous une personne âgée qui parle de la mort ?

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive.

4. Comment faites-vous le dépistage ou le diagnostic dépression chez la personne âgée ?

Utilisez-vous des outils ou échelles ? Lesquelles ?

Si non/oui, pourquoi ?

5. Pour vous quels sont les signes de gravité de la dépression chez une personne âgée ?
6. Pourquoi feriez-vous hospitaliser certains patients ?
7. Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression.

8. Selon vous, quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?
9. Quels sont les traitements que vous utilisez ?
Médicamenteux ?
Avez-vous des préférences ?
En pratique faites-vous appel à d'autres formes de traitement ? Lesquels ? Si non, pourquoi ?
10. Comment effectuez-vous le suivi de ce traitement ?
11. Comment réadaptez-vous le traitement ?
12. En pratique vous arrive-t'il d'arrêter des traitements, Pourquoi ? Comment ?

Nous allons maintenant parler de façon globale cette prise en charge.

13. Quelles difficultés éprouvez-vous face la dépression de la personne âgée ?
14. Comment avez-vous été formé concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ? Par qui ? Quand ? Ces (cette) formation (s) vous semble(ent)-t-elle (s) suffisante(s) ?
15. Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de dépression de la personne âgée ?

Caractéristiques du médecin

n° anonyme :

zone géographique :

type d'exercice : rural/urbain/ semi-rural/EHPAD

sexe :

âge :

installé depuis :

maître de stage universitaire :

durée entretien :

Annexe 8

Version finale du guide d'entretien.

Cet entretien vise à décrire votre perception de la dépression de la personne âgée et comprendre comment vous la prenez en charge.

Si vous l'accepter cet entretien sera enregistré. Il restera anonyme et vos coordonnées resteront confidentielles.

Je vais d'abord commencer par des questions générales :

1. Comment définissez-vous une personne âgée ?
 2. Que pensez-vous de la dépression ? Comment la définissez-vous ?
 3. Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?
- Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive.

4. Comment repérez-vous la dépression de la personne âgée ?
Utilisez-vous des outils ou échelles ? *Si oui* : lesquelles ?
Pourquoi ?
5. Comment faites-vous le diagnostic de dépression de la personne âgée ?
Utilisez-vous des outils ou échelles ? *Si oui* : lesquelles ?
Pourquoi ?
6. Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ? Lesquelles ?
7. Quels sont les signes de gravité de la dépression chez une personne âgée ?
8. Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?
9. Que vous évoque le suicide de la personne âgée ? Avez-vous déjà rencontré cette situation ?

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression de la personne âgée.

10. Selon vous, quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?
11. Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?
12. Comment réadaptez-vous le traitement ?
13. En pratique vous arrive-t'il d'arrêter des traitements ? Pourquoi ? Comment ?
14. Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ? Lesquels préférez-vous ? *Pourquoi* ?
15. En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapies ? Lesquels conseillez-vous ? *Pourquoi* ?
16. Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?
17. Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?
Pourquoi ?

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale.

18. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?
19. Comment avez-vous été formé concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ? Ces (cette) formations vous semblent-elles suffisantes ?
20. Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Caractéristiques du médecin

n° anonyme :

zone géographique :

type d'exercice : rural/urbain/ semi-rural/EHPAD/autre

sexe :

âge :

installé depuis :

maître de stage universitaire :

durée entretien :

Annexe 9

Argumentaires pour contacter les médecins généralistes

Argumentaire téléphonique 1ier contact

Bonjour, je m'appelle Christelle Audigier. Je suis interne en médecine générale.

Je réalise actuellement un travail de thèse de fin d'étude. Pour cela, j'ai besoin de réaliser des entretiens avec des médecins généralistes d'environ 30 minutes.

Mon sujet de thèse porte sur la dépression de la personne âgée.

L'objectif de ce travail n'est pas de vous évaluer ou de vous juger mais de décrire vos représentations et votre prise en charge de ces patients.

Quelles seraient vos disponibilités pour que nous réalisions cet entretien ?

Argumentaire courriel

Cher confrère,

Je m'appelle Christelle Audigier et je suis interne en médecine générale.

Je réalise actuellement un travail de thèse de fin d'étude. Pour cela, j'ai besoin de réaliser des entretiens avec des médecins généralistes d'environ 30 minutes. Il s'agit d'entretien face à face et non téléphoniques.

Vous avez été tiré au sort parmi les médecins de (*nom de la communauté des communes*).

Mon sujet de thèse porte sur la dépression de la personne âgée.

L'objectif de ce travail n'est pas de vous évaluer ni de vous juger mais de décrire vos représentations et votre prise en charge de ces patients.

Quelles seraient vos disponibilités pour que nous réalisions cet entretien ?

Pour tous renseignements complémentaires, je suis à votre disposition par téléphone au 06 (*numéro de portable de l'enquêteur*).

Je vous remercie par avance pour votre aide et participation.

Cordialement,

Christelle Audigier

Interne de médecine générale de Lyon, 3^{ème} année

06 66 43 43 89

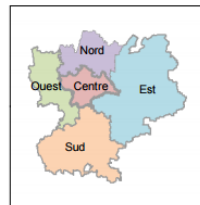
christelle.audigier@gmail.com

Annexe 10

Cartographie des secteurs de psychiatrie générale adulte.



Les secteurs de psychiatrie générale Territoire centre



Légende

Etablissements de référence

- CH Alpes-Isère
- CH Le Vinatier
- CH Saint-Cyr-au-Mont d'or
- CH Saint-Jean-de-Dieu
- CH de Savoie
- CH de Vienne
- CHU de Saint-Etienne
- CP Nord-Dauphiné
- CP de l'AIN
- CH Le Vinatier / Ch St J. Dieu / CH St C. Mt D'or

Limite de territoire
 Limite de département

Population adulte du territoire 2008 : 1 552 514 habitants



ARS Rhône-Alpes - DSPro / Pôle Etudes - Source : DEOS, BDCARTO© IGN® 2009, INSEE 2008. Carte imprimée le 06/09/2011

10. VERBATIM

10.1. Entretien 1

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Moi je considère que heu au-delà de 70 ans on peut considérer que la personne est âgée.

Que pensez-vous de la dépression ?

Je pense que c'est une maladie fréquente, souvent masquée, hum qui nécessite selon moi, une prise en charge pluridisciplinaire.

Comment la définissez-vous ?

Alors, plutôt que de la définir je vais essayer d'en décrire les symptômes. Hum, c'est donc heu défini par un certain nombre de sociétés savantes. DSM IV etcetera. Donc moi, je me limiterai à ce que je constate. Hum, donc heu... Que bien sûr les troubles de l'humeur avec tristesse voire des pleurs, une heu... dégradation de l'estime de soi... une heu... apathie heu troubles du sommeil, troubles de l'appétit. Bref un certain nombre de critères relativement faciles à mettre en évidence qui sont cumulés de manière heu... heu avec des interactions entre eux. Euh moi je considère, on peut considérer que quelqu'un est dépressif quand il cumule au moins 3 des, des 5 éléments que je vous ai donnés. Depuis au moins un mois, heu voilà, un ordre de grandeur voilà.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

Hum... D'abord, heu... c'est déjà bien qu'elle en parle. Souvent, heu c'est à l'occasion de décès dans l'environnement, dans les relations, que ça vient ... sur le tapis mais hum faut savoir qu'ils sont de plus en plus, 'fin que les personnes âgées sont de plus en plus euh ... heu... sensibles à ...à toutes les modifications de leur entourage. On peut considérer que une ... les perspectives d'avenir quand on est dans une ... dans une heu, dans une EHPAD, bah c'est quelque chose d'assez sombre... Voilà donc heu... Les gens se, sont très sensibles à tout changement dans leur environnement. Et un moindre, un moindre petit souci heu... relationnel, peut heu ...faire basculer quelqu'un qui, qui est heu, sensi' heu entre guillemets sensibilisé heu à la dépression vers la dépression. Bref, heu il faut être à l'écoute et bon, heu la prise en charge c'est comme je vous l'ai dit c'est pluridisciplinaire.

D'accord.

Nous allons maintenant passer à des questions concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression chez la personne âgée ?

Heu, bah je vous l'ai dit. Voilà les 5 heu, les 5 éléments. Alors, heu ... pourquoi ?! est-ce que ça serait, heu, est ce qu'il l'y aurait quelque chose de plus hum... hum, de plus spécifique à la personne âgée ? Oui je vois un signe, c'est les gens qui se plaignent heu de tout et n'importe quoi heu c'est... on peut même dire hypochondrie... y en a aussi la cancérophobie ... Heu voilà.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Alors heu... j'ai utilisé des échelles heu, je ... chez la personne âgée, je préfère heu... je préfère faire, je préfère avoir une approche plus personnelle... heu voilà je connais en général mon patient heu donc l'histoire de la maladie je la connais euh ... je discute aussi avec l'entourage familial heu quand il y en a un. Heu donc heu on voit tout de suite que euh ... heu c'est pas possible, ce n'est pas toujours possible de remplir des, des, des grilles. Heu d'autant plus que heu... moi je vous l'ai dit, j'ai des patients déments heu donc parfois ce n'est pas possible de communiquer ! Voilà.

Et donc pourquoi vous ne les utilisez pas ?

Parce que ce n'est pas adapté.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez la personne âgée ?

Bah je vous l'ai dit, quand il y a au moins 3 des 5 critères.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

A priori non.

Pour les mêmes raisons ?

Oui.

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

(Soupire et réfléchit) ... Y en a tout plein (sourit en parlant), y en a tout plein. Heu ne serait-ce que la dénutrition, voire la déshydratation... Heu... l'insuffisance rénale, ... hypothyroïdie heu, ... et puis et donc la ... toutes les démences hein heu... Au début le, le patient qui, heu enfin heu le ... je parle des démences dégénératives, éventuellement vasculaires aussi mais bon. Les démences dégénératives, au

début le patient heu... s'aperçoit que ses facultés intellectuelles chutent et ...et ... au bout d'un certain temps ça lui ruine le moral ! Il le dit d'ailleurs en général. Et pis quelque fois, heu... heu, bah y en a qui dépriment à ce moment-là, puis après il l'oublie donc il est plus déprimé. Donc c'est un passage relativement bref. Ça peut durer 6 mois par exemple.

Donc une fois qu'ils sont installés dans la démence (il me coupe)

A priori ils sont, ils sont moins déprimés, moins. Mais c'est difficile de le mettre en évidence (*sourire*) s'ils le sont toujours, c'est difficile. Donc là on a les paramètres plutôt biologiques pour heu...

Comme quoi ?

Bah heu, la dénutrition comme je vous l'ai dit, l'hypothyroïdie, tout ça, ça euh ...

Quels sont les signes de gravité de la dépression de la personne âgée ?

Bah la mélancolie. Le patient qui reste prostré dans son coin heu, qui a plus envie de rien heu... qui ne s'occupe... qui ne s'entretient plus heu... là pour moi c'est un signe de gravité.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Dès que je pense heu que l'entourage heu est débordé, ne peut plus faire face.

Et pour les patients isolés ?

Bah, si, dans ce cas-là il n'y a pas d'entourage donc c'est rapide ! (*Sourire*)

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

(*S'éclaircit la gorge*) Alors, hum, en ce moment y a heu, une tentative de réécriture de la loi Léonetti ... hum ... avec tous les débats qu'on a pu voir. Je considère que... mes positions sont assez proches des positions de l'association 'Droit à mourir dans la dignité'.

Qui sont ?

Qui sont que ... heu, toute personne a droit, de choisir heu le moment où il considère que heu... il prend la décision d'arrêter de vivre. Voilà. Et je considère que le corps médical doit heu se soumettre à cette décision.

Avez-vous déjà rencontré cette situation ? Le suicide de la personne âgée, d'un patient.

Hum, j'ai heu... La faiblesse de croire que dans certains cas heu... euh... la dépression mène au suicide. C'est à dire que le patient heu déprimé, heu, choisit de rester déprimé pour dire j'en veux plus. Donc le simple fait de heu refuser de guérir, c'est aussi un moyen, heu, de, de passer de vie à trépas. Voilà.

D'accord, et dans votre patientèle, il y a eu déjà des suicides de personnes âgées ?

Déguisés oui.

C'est à dire ?

Bah des... des patients qui refusent de s'alimenter.

Très bien. A présent, intéressons-nous au traitement de la dépression de la personne âgée. (Il acquiesce) Selon vous, quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Alors, d'abord il doit, heu, détecter... le diagnostic, il doit, heu, essayer de voir où en est la personne, parce que, heu, quand on est en, heu en patientèle euh ... quand on voit les gens irrégulièrement, heu, ce qui n'a rien à voir avec ce qui se passe dans une EHPAD par exemple. Heu, bah, quand on a un recul, heu, sur la même personne depuis 17 ans, on peut le voir décliner, on peut le voir, heu, évoluer, et donc, il faut avoir heu, heu... la bonne idée de lui poser les bonnes questions au bon moment. Voilà. Mais bon, comme je vous dit, y a des dépressions, il y a des dépressions cachées ; donc des gens qui ne se manifestent pas comme ça. Puis bon on s'aperçoit qu'ils ne prennent plus leurs traitements, que, heu, ils ne, ils s'entretiennent plus, et cetera. Bon, alors, là-dessus il y a quelque chose qui est prégnant dans le coin ici, heu, c'est l'alcoolisme. Des gens qui ont recours, heu, à l'alcool comme antidépresseur, hum... voir à d'autres toxiques. Mais bon, c'est quand même surtout l'alcool qui est le plus fréquent, heu... ça, ça fait partie des éléments qu'il faut avoir à l'esprit pour eux, quand on connaît les gens, quand on les voit se dégrader, il y a souvent, heu, l'alcool qui est derrière, et comme ça il faut, heu, il faut pas hésiter à poser un certain nombre de questions. Voilà.

Vous disiez, heu, poser les bonnes questions au bon moment, vous pensez qu'il y a une part de chance ?

Oui. Tout à fait, tout à fait, et puis quelque part... heu, ça devient un petit peu, heu... inquisiteur, de poser des questions de manière systématique. C'est un petit peu ce que je reproche aux grilles comme on a vu tout à l'heure, voilà. Donc bon, il faut être relativement opportuniste, voilà.

Vous parliez des gens en EHPAD, vous êtes médecin généraliste qui travaillez aussi en EHPAD, heu...

trouvez que la prise en charge est différente en EHPAD ?

Tout à fait. Parce que là c'est pluridisciplinaire effectivement. Parce qu'il y a des kinés, parce qu'y a, parce qu'y a des gens pour, heu... pour faire... pour laver les patients, pour leur donner à manger et cetera. Donc c'est, donc on voit tout de suite les gens qui ont des comportements d'opposition, voyez, voilà. Donc ça m'est signalé par les infirmières, par le personnel soignant et cetera. Donc là c'est ... c'est beaucoup plus complet, voilà. Alors moi ici, de temps en temps j'ai la personne âgée qui est accompagnée par son fils, heu, sa fille ou quelqu'un de la famille, et qui me dit, qui me donne des informations ; mais bon c'est quelque fois heu... c'est pour ça que moi j'aime bien, je fais des visites à domicile, j'aime bien voir les gens chez eux. Parce que là on voit leur cadre de vie, et donc on voit comment ils arrivent à manager les choses quoi.

Comment effectuez-vous le suivi des traitements ?

Ça c'est une excellente question ! C'est pas simple, c'est pas simple. Alors, hum... ... *(pause réfléchit)* bah je réinterroge le patient pour savoir, heu, s'il a toujours des troubles du sommeil, s'il a repris du poids. Ça c'est simple, ça c'est l'examen clinique, heu, et puis on voit les gens se transformer au bout d'un certain temps. Il faut du temps, surtout chez la personne âgée, et puis on commence à des posologies faibles donc la question de savoir si, est ce que je suis infra thérapeutique ou pas ? Là j'ai pas la solution. J'ai pas la solution. J'ai, je tâtonne.

Comment réadaptez-vous les traitements ?

Et ben, heu, déjà, je... j'essaie de voir comment la personne évolue. Voilà. Mais quelques fois je suis obligé de passer la main parce que, parce que je ne, je ne sais pas exactement ce qui se passe, et dans ce cas-là je préfère faire hospitaliser la personne, vous voyez.

D'accord, en pratique vous arrive-t-il d'arrêter des traitements ?

Bien sûr.

Pourquoi ?

C'est... Alors, je considère que quand le patient lui-même le réclame, c'est que ça se passe pas si mal. *(Sourire)* Voilà. Heu... Mais bon, je fais très progressivement d'abord, on est bien d'accord ! *(Rire)* Ensuite, hum... Les ... heu... je redemande à voir la personne, voilà. Je fais des consult', alors on va dire qu'on, que pour moi, c'est plutôt une bonne nouvelle que quelqu'un me réclame d'arrêter son traitement. Donc, je veux dire qu'effectivement... et

puis alors j'essaie de savoir à quoi s'est dû. Est-ce que c'est, est ce que c'est effectivement le traitement ? ou est-ce que y a un événement dans sa vie qui a changé, heu voilà heu... tout est possible... heu donc j'essaie de faire le lien entre... entre la vie du patient et ... l'impact thérapeutique éventuel. Voilà. Donc ça c'est heu, c'est, c'est tout plein d'incertitude.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Alors, heu, j'aime bien la miansérine, chez une personne âgée, chez la personne âgée. Heu... j'aime bien les IRS. Heu... que j'utilise avec euh...précaution, voilà. C'est à dire j'y vais progressivement. Voilà... Heu alors, bien sûr à chaque fois, j'essaie de faire le, le ... un bilan biologique un peu complet du patient. Heu... et puis comme je vous l'ai dit, j'essaie de corriger des, des déficits euh ... hypo albuminémie, heu, carence en vitamine D, heu... ...

Pourquoi vous préférez ces traitements ?

(Pause) Bah j'en ai vu l'efficacité. Alors est ce que c'est moi qui me suis auto-persuadé que c'était efficace mais je pense pas.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ?

Alors il y a des thérapeutiques, qui, heu, qu'on utilise qu'à l'hôpital comme par exemple la sismothérapie. Heu... ... qui est quelque fois difficile à mettre en œuvre chez un patient âgée qui a des tassements vertébraux, des choses comme ça, bien sûr, c'est les contre-indications. Hum... heu... j'aime bien, heu je parle de la personne âgée en patientèle là, pas du tout en établissement, hum... Proposer au patient, de faire lui-même, quand il a suffisamment ...heu... envie de le faire, de faire par lui-même sa propre psychothérapie. C'est à dire que je lui demande d'écrire. Et de se relire. Et de... de manière à ce qu'il puisse, heu, dire de manière plus ou moins fictive, heu, à ceux qui pourraient être l'origine heu de ces problèmes relationnels, leurs quatre vérités, par exemple. Voilà. Mais, tout dépend du, du, des relations que j'ai avec la personne. La psychothérapie, ça se fait pas comme ça, heu... voilà. Donc c'est quelques fois adapté heu... ou pas. Bon donc, je demande aux gens d'écrire... heu... entre guillemets pour régler leurs comptes pour certains ; ou pour essayer de faire le le point sur, sur leurs vies, qu'est-ce qu'ils ont envie de faire, voilà. Heu... A qui est-ce qu'ils sont utiles?... Qu'est ce qui... heu..... Qu'est que les autres ... attendent d'eux ? ... heu voilà. Pour qu'ils se repositionnent dans la société. Voilà. Parce qu'ils sont en fin de vie et ... et quelques fois ils en ont conscience d'abord, et ensuite

y y remettent en question, heu... un certain nombre de choses fondamentales...heu... heu... qu'est-ce que la vie, à quoi ça sert et cetera. Voilà. Donc heu je leur demande de se repositionner là-dessus. Puis on parle. Bon, c'est, c'est long et j'ai pas beaucoup de temps dans une consultation, c'est pas facile. Alors évidemment il y a des possibilités de, de, de, de transmettre à des psychologues ...heu... voire des psychiatres. Mais les psychiatres c'est heu, heu c'est impossible de les avoir...

Pourquoi ?

Parce que, parce qu'ils sont toujours débordés, saturés, heu, voilà. Les rdv c'est dans 3 mois, heu... puis on n'a jamais d'échos. On n'a jamais, quand on adresse un, un patient à un psychiatre, on n'a jamais de courriers, jamais. Et ouais. Donc on sait pas ce qui se passe, ça agace.

En EHPAD, vous utilisez d'autres types de thérapies hormis médicamenteuses ?

Non.

Pourquoi ?

Ah, il y a des psychologues sur place, mais moi j'en utilise pas. Il y a des psychologues sur place qui font leur travail. Voilà.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

Oui, parce que ...hum... par le contexte est, est, est heu ... entre guillemets défavorables. Le patient sait qu'il est en fin de vie. Et quelques fois, il traîne dans son histoire personnelle heu, des traumatismes très anciens. Voilà. Et donc ça s'accumule. C'est comme si ... si y traînait des boulets quoi. Voilà. Et donc euh ... c'est pas facile de continuer à avancer quand on traîne des boulets. Donc, c'est, c'est une accumulation, c'est ça que je veux dire. Alors que le sujet jeune il a le droit de faire une dépression réactionnelle à un événement particulier. Et puis bon, à un moment donné il va faire le deuil si c'est un problème de deuil, heu, et puis a priori il a plus de chance de s'en sortir quoi. Alors que si on est en fin de vie on a, on a pris des claques hein heu... voilà.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Ben quand je sens que je suis débordé. Quand je sens que y a un danger, quand je sens que l'évolution se... se fait pas dans le bon sens.

Et vous me disiez que les psychiatres étaient... donc vous les adressez vers qui ?

Et bah y a ... y a des CMP par exemple, y a des psychiatres de ville aussi. Mais je vous ai dit ils sont débordés. Et puis il y a éventuellement dans des cliniques, des hôpitaux de jours. Où là on peut prendre en charge de temps en temps des patients... mais ça devient très difficile d'avoir une place. Voilà.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon encore plus globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Heu... bah que le médecin généraliste heu... il est un peu démuni. Il a pas beaucoup de temps à consacrer à son patient. C'est la première difficulté. Deuxième difficulté...hum... même si j'ai un certain âge, j'ai pas forcément heu... heu... tous les points de repère du patient... heu.... Bon il y a des patients-là qui sont en fin de vie et qui ont, qui ont connu éventuellement les 2 guerres voyez. Heu, donc euh ... on n'a pas la même génération. Et le patient âgé déprimé, il va pas faire l'effort de ... de se mettre à mon petit niveau, moi jeunot, qui n'a pas connu les 2 guerres, par exemple, voyez. Il y a le conflit de génération. Heu...et puis bon heu..... Y a souvent des, des conflits dans les familles, sur la prise en charge de l'aïeul, et hum... ce qu'il faut c'est éviter d'être soit inquisiteur pour la famille, parce que quelques fois y a des secrets de famille, qu'on ne nous révèle pas et que... l'aïeul connaît et qu'il ne veut pas révéler... Fin bref, quelques fois c'est un enjeu. Puis y a quelque part aussi hum ... ce que doit respecter en principe le médecin c'est le secret médical. Y a des choses que je peux dire heu... à la famille et d'autres que je n'ai pas le droit de dire. Donc, hum, c'est pas facile de... d'évaluer heu... le contexte familial. Il y a des choses que je ne peux pas dire. Donc je pose des questions, et quelques fois je ne sais pas, parce qu'on veut pas me dire non plus, parce que y a des enjeux.

Donc à la fois la famille et le patient peuvent être un frein à ...

Exactement. Et moi je ne peux pas aller au-delà. Pas le droit.

Comment avez-vous été formé concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Sur la personne âgée, spécifiquement, je n'ai pas été formé. Je lis. J'en ai vu. C'est l'expérience voilà.

Ces formations vous semblent elle suffisantes ?

Comme j'en ai pas eu, je ne peux pas vous dire.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Ouf. Heu.... Y a quelque chose qui se, qui se pratique dans l'EHPAD où je suis, c'est la musicothérapie. J'ai encore jamais assisté à ces séances mais j'ai... parce que je n'ai pas le temps, mais, heu, mais j'ai vu des gens transformés. De temps en temps, bah ils font des petits concerts, ils invitent des artistes qui font, qui grattent la guitare, qui leur rappellent les chansons d'époque, et je vois des gens transformés. La musique c'est quelque chose de très... de très... léger, de très enjoué, de très révélateur aussi de... de... voilà. Ça permet effectivement à la personne de se retrouver dans un, dans un... un contexte rassurant. Voilà. Donc la musicothérapie c'est une bonne idée. Hum... et je pense que... 'fin moi c'est ce que je propose aux gens. Quand ils sont au début d'une maladie dégénérative, je leur propose d'essayer de... de... se souvenir de ce qu'y vienne de regarder au journal télévisé. Donc y grattent, y grattent. Puis après je leur demande de ... de retrouver les mots dans le dictionnaire, les mots qu'ils ont pas très bien compris, et cetera. Donc c'est de la stimulation. Donc je pense que ça c'est ce qu'on fait tous, de même que la kinésithérapie permet au patient de garder son autonomie et cetera voilà donc ... mais heu... de manière spécifique à la personne âgée, heu... je pense que le mieux c'est de garder les liens familiaux voilà. Encore faut-il qu'ils soient de bonnes qualités. Voilà. Donc heu, on a des... des... des générations qui sont de plus en plus éclatées et... et heu... avec des liens sociaux qui sont distendus. Les gens heu... voient leurs aïeux de manière de plus en plus ...euh Espacées... donc tout ça ça concoure à ...à... à aggraver éventuellement un état dépressif, c'est sûr, c'est sûr. Mais bon, c'est difficile d'aller contre, on peut pas empêcher les gens d'aller... d'aller trouver du travail ailleurs. Voilà, voilà. Donc c'est un vaste débat. Moi j'ai pas de solution.

Rien de plus à ajouter ?

Non je pense qu'on a fait le tour.

10.2. Entretien 2

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Alors ça c'est difficile. (*Sourit*) En fonction de l'âge, je dirais à peu près à partir de 65 ans, je pense qu'on rentre dans une période où, où il faut tenir compte de l'âge pour les prescriptions. Mais après c'est tellement variable d'un individu à l'autre, y a des gens de 75 ans qui paraissent pas âgés (*rire*) et des plus jeunes qui ... donc c'est... Moi je tiens compte essentiellement de l'âge quand même.

Que pensez-vous de la dépression ?

Aaah (*en soupirant*) bah c'est quelque chose de bien désagréable pour les gens qui le vivent puis ça mérite bien d'être traité. Même chez les gens âgés.

Comment la définissez-vous ?

Heu, par un trouble de l'humeur... heu... à type de tristesse avec une perte d'élan vital. Et... des manifestations d'angoisse, heu ...de troubles du sommeil... enfin oui c'est essentiellement un trouble de l'humeur négatif.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

... alors ça c'est un problème fréquent. J'suis pas sûr que ce soit lié à un état dépressif. (*Pause*) Moi, ça m'évoque, fin je, un état de mal-être ça c'est sûr, mais qui est plus lié à l'âge qu'à une véritable dépression. J'avoue que c'est, que j'en tiens compte qu'à moitié en fait quand ils en parlent ; sauf que je me rends compte qu'ils ont plus envie de vivre. Ça s'est fréquent. Je m'occupe d'une maison de retraite et en maison de retraite on l'entend au quotidien. Et j'ai pas vu que des traitements antidépresseurs les soulagent de ça. J'crois que c'était un constat d'une réalité, les gens savent qui se rapprochent du moment... de leur fin de vie, et que souvent bah ils ont plus envie de vivre. Je le vois souvent en maison de retraite parce que justement ils ont plus de projet de vie quand ils sont en maison de retraite, parce que justement, on leur en fait mais eux n'en n'ont plus. (*Sourire*) Et souvent à ce moment-là ils me le disent, et quand ils sentent fatigués, qu'ils sont plus capables de faire grand-chose... mais je suis pas sûr que ce soit de la dépression ça.

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression chez une personne âgée ?

C'est essentiellement par leur discours. Heu, parce que ... bah parce qu'ils ont des propos négatifs... ou ils expriment leur angoisse, bah le fait qu'ils soient pas bien. Et puis... chez les gens qui ne sont pas en mesure de l'exprimer, bah au niveau de leur comportement. Avec un comportement très passif où on a l'impression qu'ils n'entreprennent plus rien, et... (*soupir puis sourire*) la question est précise mais difficile. (*Rit*) ben, en gros c'est ça quoi.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Très peu.

Pourquoi ?

Chez les gens âgés très peu. Alors heu, la maison de retraite alors souvent parce qu'on les a pas sous la

main et puis faute de temps.

Donc à la maison de retraite vous utilisez des échelles ou des outils ?

Non, non je les utilise pas car on n'en n'a pas sur place. Moi j'en ai ici et même ici où j'en ai je m'en sers relativement peu souvent. Parce que je l'apprécie plus par ce que disent les gens et puis on pose des questions qui reviennent à l'utilisation de l'échelle mais pas d'une façon aussi systématique.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez la personne âgée ?

Chez la personne âgée... La même façon que chez les autres avec ... heu... Je tiens surtout compte des troubles de l'humeur. Quand on voit qu'ils ont une humeur triste qui y vois tout en noir... heu... moi je fais le diagnostic sur cette base-là. Et... Ouais, sur leurs symptômes, sur ce qu'y disent mais pas... J'utilise très peu des échelles, donc... C'est un diagnostic clinique. C'est plutôt une impression qu'un véritable diagnostic. On sent quand même, on voit quand les gens sont dépressifs, on... on perçoit. J'sais pas, j'sais pas quel, j'ai pas des critères très précis, c'est surtout au niveau de leur humeur négative quoi.

Pour quelles raisons vous n'utilisez pas d'outils ou d'échelles ?

C'est souvent faute de temps.

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Pour en revenir à la question d'avant, je dirais que c'est faute de temps puis parce que quand on on... je parle avec les gens, je trouve que c'est aussi efficace que d'utiliser une échelle que je trouve un petit peu anonyme.

(Pause)

Alors, la question : connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Alors il y en a un certain nombre, oui oui oui... celle que je rencontre le plus souvent mais ici y a beaucoup de pathologies thyroïdiennes. L'insuffisance thyroïdienne oui. Après, heu... non j'vois pas d'autres pathologies spécifiquement... Non qui me viennent à l'esprit comme ça. Non, j'sais pas.

Quels sont les signes de gravité de dépression pour une personne âgée ?

(pause)... Chez la personne âgée, moi je dirais que c'est surtout de la dynamique, qui fait que... bah ils n'entreprennent plus rien. Et puis le discours négatif avec heu... le fait qu'ils expriment ne plus avoir plus envie de vivre. Eu... ça revient un peu à ce qu'on disait tout à l'heure... le discours de la mort ... Mais... c'est une forme de dépression différente de celle qu'on va rencontrer chez des gens plus jeunes.

C'est à dire ?

c'est à dire que, heu, c'est une perte d'élan vital, ils ont plus envie de, de vivre et ils ont pas envie qu'on les aide à vivre. Souvent y a un refus, pas des soins, mais de de... ils pensent qu'on peut pas les améliorer. Ça fait aussi parti de l'état dépressif ça aussi, de penser qu'on peut rien pour ... pour un être dépressif. Mais chez les gens âgés, je pense que c'est aggravé par le fait que... comme y sont âgés, y pensent que c'est même pas la peine d'essayer.

C'est la seule différence que vous voyez avec heu... avec les autres populations de patients ?

A brûle pourpoint... A brûle pourpoint je dirais qu'oui. Ouais.

Petite parenthèse, je sais qu'aujourd'hui je suis pas bien du tout (*rires*) je dois avoir une gastro-entérite ou quelque chose comme ça. Je suis un peu barbouillé, ou très barbouillé même. T'à l'heure j'ai été obligé de m'arrêter un moment, donc j'ai un peu du mal à réunir mes esprits aujourd'hui.

D'accord, bah on prend le temps. Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

C'est très rare que je fasse hospitaliser. Je dirais que c'est surtout sur un critère d'échec de traitement quand je les mets en route. Si j'vois qu'il n'y a pas d'amélioration au bout de quelques jours, ou si y a des signes particulièrement intenses avec des idées suicidaires ou autres... Là, ça paraît oui... c'est... Y a rarement des idées suicidaires dans les formes de dépression que je rencontre moi. Mais, dans ce cas-là je ferais hospitaliser pas systématiquement. Et puis en cas d'échec de traitement bah après avoir essayé un traitement correct à bonne dose suffisamment longtemps. Si ça marche pas je fais hospitaliser.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

(Pause) J'en ai pas rencontré beaucoup. Ça fait 37 ans que je suis installé, des souvenirs comme ça, j'crois que j'en n'ai eu qu'un. Et c'était pas un patient à moi, c'était à la maison de retraite, 'fin à l'hôpital local. Et... quelqu'un qui s'est défenestré, mais je sais pas... je le connaissais pas

spécialement... bon sur le moment c'est toujours très émouvant, mais ça m'évoque rien de bien précis. J'ai jamais été confronté au problème en fait. À part ce cas-là mais qu'était pas un patient à moi. J'ai été appelé parce que j'étais dans l'hôpital ce jour-là et on m'a appelé pour... pour constater le décès en fait.

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression de la personne âgée. Selon vous, quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Bah une place de première ligne, parce que souvent c'est à nous que les gens viennent en parler. Et puis, dans notre patientèle, les gens âgés c'est ... on est leur premier recours et puis ils viennent nous voir fréquemment parce qu'ils ont des renouvellements de traitement ou autres, donc heu... on a une place sûrement très importante, hein.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

Alors d'une manière générale moi je mets le traitement en route... heu... avec comme consigne de revenir en cas d'intolérance. Et sinon, si ça se passe pas trop mal, bah revenir au bout de 3 4 semaines pour évaluer le ...l'efficacité. Et puis après bah renouveler pour le faire poursuivre et... et... en leur disant... je leur dis toujours que c'est un traitement qui demande du temps qui va être long. Donc il faut qu'il soit bien toléré et puis que, qu'y ai une efficacité quand même au bout de quelques temps. Généralement je fixe un délai de 3 à 4 semaines, pour faire un premier contrôle. Et puis après je renouvelle pour des périodes variables, souvent c'est 3 mois. Et ... pour... chez des gens âgés, après... le traitement je le maintiens en général 6 mois mais après ça dépend beaucoup de l'évolution, du résultat du traitement. Voilà, mais je fais pas de grosses différences sauf sur les posologies, mais entre quelqu'un de âgé et entre quelqu'un de plus jeune.

C'est à dire ?

Bah souvent je mets des demi-doses chez les gens âgés. Je leur mets moins parce que souvent ça marche bien, et puis que... que les, la tolérance est meilleure si on leur met des petites doses. Souvent ils ont des problèmes d'insuffisance rénale. Donc on... donc ça marche pas mal comme ça.

Comment réadaptez-vous les traitements ?

Ah bah soit il est efficace du premier coup et je réadapte pas, soit il est pas efficace et je change de traitement. Ça peut arriver que j'augmente la dose simplement. Mais... souvent j'ai pas besoin de le réadapter. La plupart du temps je le met en route et je continue à la même dose. Et en revanche je

l'arrête progressivement à la fin mais... souvent je le laisse sur 6 mois à dose constante.

En pratique vous arrivez t'il d'arrêter des traitements ?

... en cours de traitement vous voulez dire ?

En général.

Bah heu... la plupart du temps oui, alors tout dépend du type de dépression. Y a des gens qui sont dépressifs toute leur vie alors c'est... bah dans ce cas-là on n'arrête pas. Mais si c'est heu... une dépression heu... qui survient chez quelqu'un qui allait bien avant, souvent j'essaie d'arrêter au bout de 6 mois de traitement. J'arrête sur... souvent j'arrête sur 3 mois, ça dépend de... des posologies au moment où on commence à arrêter.

Comment vous l'arrêtez ? ...le traitement ?

J'vais baisser les doses progressivement.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

... alors en priorité j'utilise des IRS. Et puis bah de temps en temps des tricycliques. Ça dépend un petit peu du contexte. Ça dépend de l'intensité des troubles du sommeil aussi. Alors moi j'dirais qu'à 80% c'est des IRS.

Pourquoi ? Lesquels préférez-vous ?

Bah moi j'utilise bien le *SEROPLEX(escitalopram)*, j'utilise volontiers l'*EFFEXOR (venlafaxine)*, parce que ça marche bien sur le fond anxieux. Les 2. Donc c'est ceux que j'utilise habituellement. Et si j'ai besoin de stimuler un peu, parfois je passe au *ZOLOFT (sertraline)*.

Pourquoi ... pourquoi vous les préférez par rapport aux autres ?

Parce qu'en fait je les connais, j'ai l'habitude de ceux-là et que j'utilise que des produits que je connais d'une manière générale. Donc ... bah ils fonctionnent bien, j'utilise toujours les mêmes. J'ai pas besoin de chercher ailleurs.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ?

Alors heu... y a les tricycliques, après y a les produits à base de plantes millepertuis ou autre que j'utilise de façon très exceptionnelle, et puis... bah les anxiolytiques heu... que je mets en traitement adjuvant. Alors là aussi benzodiazépines, éventuellement à base de plantes chez des gens plus

âgés ça peut arriver. Je recherche d'abord l'efficacité, donc j reste souvent sur des produits classiques.

Lesquels conseillez-vous ?

Comme ?

Comme autres thérapeutiques ?

Bah moi j'utilise assez volontiers ... les produits comme la valériane, l'aubépine. Millepertuis très peu parce que, parfois il y a des effets secondaires. Heu, Chez des gens qui sont ... mais on est dans le cadre de la dépression ?

Oui

Bah je reste surtout là-dessus. Les vrais antidépresseurs, et pour lutter contre l'angoisse éventuellement les plantes mais dans la dépression je reste bien sur des antidépresseurs vrais et des IRS en général.

Pourquoi ?

Parce que j'ai l'impression que c'est ce qu'il y a de plus efficace.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

... heu... je dirais que c'est quand j'ai l'impression qu'il y a des problèmes de...de troubles de personnalité qui font dépressif heu... de façon ...chronique. Et puis ...si y a des ... si j'ai l'impression que la dépression est lié à un trouble psychologique ou... 'fin, qui nécessite un traitement de fond. En gros tout ce qu'est pas réactionnel. C'est assez difficile de dire, puis ça dépend aussi de la capacité des gens à parler à avoir des entretiens, parce qu'y a des patients dépressifs parfois qui ne parlent absolument pas. On les adresse à un psychiatre ou un psychologue, il se passe rien. Ils parlent pas, ils font une seule séance, ils n'y retournent pas. Heu...C 'est toujours dans l'hypothèse de pouvoir arrêter le traitement, enfin avec l'objectif d'arrêter le traitement facilement après. Quand j'ai l'impression que le traitement va pas suffire à régler le problème.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

Moi je fais pas de grosse différence.

Pourquoi ?

Parce que je trouve que la souffrance est la même. Et que... la différence je la vois au niveau de la

thérapeutique avec les doses mais heu... quelqu'un qui est dépressif je vais le traiter quelque soit son âge de toute façon.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Pour la personne âgée, j'ai pas l'impression qu'il y a beaucoup plus de difficultés que les autres. Sauf au niveau de tolérance et puis choix du médicament, de surveillance du traitement. Mais j'ai pas l'impression d'avoir plus de difficulté au niveau des...des résultats de ... non. Et souvent les gens âgés parlent plus facilement que les gens plus jeunes.

Comment avez-vous été formé concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

À la fac (*rit*) après j'ai fait des formations heu... en formation continue ... qu'est j'ai fait... des séances avec des psychiatres... de formation continue, mais j'ai pas d'autres formations spécifiques.

Ces formations vous semblent-elles suffisantes ?

... dans ma pratique oui. Ça m'a... pour le moment j'ai pas l'impression d'avoir eu des carences.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

J'ai pas d'idée spéciale là-dessus. J'ai pas le sentiment d'avoir eu de grosses insuffisances ou des échecs dans mes résultats. En fait quand je suis en situation d'échec je vais envoyer au psychiatre. (*Rit*) donc je... je déplace le problème. Mais améliorer, non je sais pas. Je sais pas comment on peut essayer d'améliorer la situation. Heu sauf peut-être que... que l'évolution des gens âgés aujourd'hui, ils ont tendance à se retrouver très isolés de leur famille, se retrouver en maison de retraite ou dans des *EHPAD* (*Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*). Alors qu'autrefois ils étaient pris en charge dans leur famille, et ça ça change tout. Parce que le fait d'être dans des établissements spécialisés, bah ça fait qu'ils ont plus de projets de vie et que ça ne peut pas arranger les choses bien au contraire. Sauf s'ils y vont volontairement, ce qui est exceptionnel.

10.3. Entretien 3

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

(Sourire) Ça commence mal, y en a pour un moment *(rire)*. Ouille ouille ouille...alors pff... ça c'est... *(pause... soupir)* je dirais maintenant... alors c'est une question d'âge mais après y a une question d'état physique. Heu... donc heu... l'âge y a une génération on aurait dit 65 ans peut-être parce que je m'en approche, j'aurai tendance à dire plutôt 80, parce que ... les choses ont évolués et si on a tendance à décaler un petit peu ça c'est parce que l'âge physiologique des patients a bien évolué quand même. Donc voilà. Donc heu c'est plus sur l'état physiologique que je m'appuierais parce qu'à priori il y a des mecs à 65 ans ou des femmes à 65 ans qui sont des personnes âgées mais il y en a des de 85 ans qui ne le sont pas.

Que pensez-vous de la dépression ?

Alors que pensez-vous de la dépression... alors heu... j'allais dire c'est... sûrement sous-estimé dans cette période, dans cette période de vie... quoi d'autre j'en sais rien.

Comment la définissez-vous ?

Alors y a les définitions habituelles.... Heu... perte d'élan vital et cetera, les trucs heu...qu'on a dans tous les bouquins. Je pense que chez la personne âgée c'est souvent beaucoup plus sournois... avec beaucoup plus ... plus sur le feeling qu'on va le voir ... plus heu... c'est en autre un des éléments pour lesquelles je n'ai pas d'ordinateur, c'est que j'ai besoin de regarder mes patients. Parce que ce qu'est... un truc tout bête c'est que la personne qui va me répondre « ça va bien » *(ton grave et visage grave)* ou « ça va bien » *(ton jovial et sourire)* c'est pas la même réponse. Heu ...Donc heu... voilà. Le même texte avec la mimique n'est pas le même et la mimique peut peut-être suffire à dire « ha ! P'tête qu'y a quelque chose qu'il se passe ». Voilà.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

...*(soupir)* Pas automatiquement un dépressif. Ça dépend comment on en parle. Et heu... j'ai 2-3 exemples de personnes âgées qui ont... même si j'fais pas beaucoup de personnes âgées. Y a 3 exemples de personnes âgées qui ont un... comment dire... une certaine sérénité vis à vis de la mort et qui savent quelque part que c'est la règle du jeu. Et ... qu'ils arrivent près de l'autre extrémité de la vie et ...

qu'ils... heu l'évoquent de manière tout à fait sereine et... sans ... sans angoisse associée.

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression de la personne âgée ?

(Soupir) alors d'abord j'essaye, et j'y arrive pas tout le temps, parce que c'est pas facile. Je pense que c'est plus une question de mal-être général. Heu... et comment dire, d'être... sans... y a de multiples plaintes qui peuvent intervenir, aussi bien des plaintes heu comment dire heu... d'ordre psychologique, mais des plaintes somatiques qui vont... qui vont venir se surajouter à ça, et qui, à mon avis ces plaintes somatiques sont importantes d'autant plus que...comment dire heu... quand ils ont mal au dos c'est qu'ils en ont plein le dos. S'ils ont mal au dos c'est peut-être pas automatiquement un problème ostéo-articulaire.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non.

Pourquoi ?

Parce que j'en connais pas.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression de la personne âgée ?

(Soupir) Alors sur un faisceau d'arguments. C'est un ensemble de choses.... Alors nous en médecine générale on a quand même un gros avantage c'est qu'on connaît en général la famille. Et ... et j'allais dire il y a la famille qui peut nous renseigner, y a le patient qui va nous renseigner, y a éventuellement ... heu... dans la famille il y a le mari les enfants et cetera, y a, y a.... beaucoup d'éléments, c'est souvent de manière indirecte, un petit peu par la bande qu'on... qu'on a l'info et voilà.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non

Pourquoi ?

J'en connais pas.

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de

dépression chez la PA ?

(Pause... Soupir...) j'allais dire tout ce qui est heu... tout ce qui va leur, comment dire... les affaiblir psychologiquement. Alors heu... toute plainte somatique, enfin toute pathologie somatique réelle, heu, c'est une source, heu, de d'épisode dépressif surajouté. Heu... mais comment dire, heu, ... heu... j'crois que ouais, tout ce qui les affaiblit Je, je définirais pas autrement parce que sinon faudrait faire un catalogue qui serait trop long.

Qu'est-ce que vous signifiez par « affaiblit » ? uniquement psychologiquement ?

Psychologiquement. Non, mais c'est à dire, ce qui leur rappelle que quelque part on se rapproche de ... de, de, de l'échéance finale. En sachant que heu s'il est vrai que certains ont une certaine sérénité visiblement vis à vis de la mort, d'autres ont l'angoisse qui me paraît tout à fait légitime de dire que faire le grand saut dans un truc qu'on connaît pas, ça fout un peu la trouille.

Quels sont les signes de gravité de la dépression chez une personne âgée ?

(Soupir) Alors après y a des, y a... y a tout ce qui est ralentissement psychomoteur machin et cetera, ils sont ramollis. Ils sont pas bien, ils sont machins... alors quand y a les signes plus marqués... que y a des troubles du sommeil des pleurs oui tout à fait. Heu... y a des signes plus somatiques et... la perte de poids. Moi je sais que je pèse systématiquement toutes mes personnes âgées. Et...et quand tout à coup la petite dame qui était à poids bien, bien habituel, ça baisse, c'est qu'y a quelque chose qui se passe. Alors ça peut être somatique mais ça peut être quelque chose de cet ordre-là.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

S'il y a un risque vital. Sinon j'essaie de les soigner.

C'est à dire ?

Alors s'ils expriment une plainte ou si la famille m'exprime une... enfin, s'ils m'expriment des idées bien évidemment, mais si la famille est inquiète oui, éventuellement.

Alors ! heu...

Dites-moi.

C'est bien de dire de les faire hospitaliser mais il faut savoir où.

Alors dites moi

Bah j'sais pas ! Parce que j'suis toujours très embêté. Et envoyer une personne âgée où on a un doute sur un... un état dépressif, et l'envoyer dans le service d'urgence (*souffle*)... de temps en temps on n'arrange pas les choses quoi. Parce que « oh dis donc mamie machin » et cetera, souvent y a un manque de... il peut y avoir, alors, je vais avoir une, un œil un peu... heu, critique sur une partie de la profession mais bon tanpis. Heu... Mais y a un manque de respect avec la personne âgée de temps en temps qui me choque. Parce que c'est pas papi machin mamie truc, c'est monsieur machin, madame truc. Et donc de temps en temps, les gens qu'ont eu l'habitude d'être heu... respectés. Le jour où on..., parce qu'ils sont affaiblis, qu'on les envoie dans un endroit qui les affaiblit parce que tombé dans un service d'urgence c'est pas simple, et on n'est pas déjà on se retrouve sous une espèce de chape de plomb. Si on a, si on se retrouve avec quelqu'un qui les traite de papi et de mamie ils aiment pas quoi... et ça n'aide rien. Trouver une place dans un secteur, dans un, dans un hôpital psychiatrique où etc.... l'environnement n'est pas simple, donc heu... c'est pas toujours là que ça va leur faire du bien. Et ... et en général y a quand même un temps d'attente long. Donc heu, je suis chaque fois très embêté quand j'ai un, quand j'ai besoin d'hospitaliser une personne âgée.

Vous avez une préférence ? vers qui vous les adressez ?

Au bout du compte je me fais piéger et j'crois je les envoie dans les urgences. Très souvent. Parce que souvent y a un caractère d'urgence avec souvent un vrai risque rapide. Mais ça me gonfle quoi ! Parce que je suis pas... je suis pas très à l'aise de les envoyer dans un service d'urgence. Y a des gens très bien ! Et c'est la loterie ! On jette la pièce et tombe parfois sur des gens fabuleux. Et de temps en temps, y en a on a envie d'aller prendre la bagnole et d'aller les baffer. Voilà.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

(Long silence... soupir...) quelque chose dramatique et un échec. Ça m'évoque un échec. Je me dis putain on est passé à côté de quelque chose quoi. Voilà.

Vous avez déjà rencontré la situation ?

Oui. C'est pour ça que ça me gonfle. Y a... j'ai un cas précis où je me suis fait piéger et j'l'ai pas vu venir. Et quelqu'un qui se suicide chez un jeune, on se dit bon c'est un choix, machin quoi... mais chez une personne âgée ça a un côté ... heu ... encore plus dérangeant j'trouve. Quelqu'un qui est au bout du chemin, se dire putain, qu'il écourte le chemin à ce moment-là ça me convient pas quoi.

A présent intéressons - nous au traitement de la dépression de la personne âgée. Selon vous, quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

(Soupir) Alors. Quelle place a le médecin généraliste ? Il a une place... compliquée, heu, parce qu'il, à mon avis parce qu'il a la place, heu, primordiale, parce que c'est lui qui doit trouver le diagnostic. Et ce qu'on disait toute à l'heure c'est que souvent c'est masqué, et donc c'est pas simple de le trouver. Heu... mais par contre quand y a *(pause)*... 12 personnes dans la salle d'attente ... si on a un truc qui nous met un petit doute dans la tête et qu'on se dit qu'il faut gratter pendant une demi-heure pour arriver à savoir si c'est ou si c'est pas un état dépressif. On n'y va moins, ... de temps en temps... J'ai peur qu'inconsciemment on ne voye pas tout à fait tous les symptômes qui devraient nous, nous amenez une interrogation. Et que... qu'inconsciemment, si on le fait consciemment ça serait dramatique, ce serait, et qu'inconsciemment on laisse passer des choses, parce que quand on va trop vite, parce qu'on a trop de monde.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

(Soupir) Bah j'essaie de les revoir en soit en général une dizaine de jours après, dix - quinze jours après. Et puis on voit... comment ça va. Je me mets assez, assez souvent en relation avec la famille. Et heu... je crois que c'est avec les personnes âgées que j'ai le plus de relationnel avec la famille, alors les bébés bien sûr les enfants. Parce que donc les enfants, parce que donc heu je fais plus de pédiatrie que de, que de personnes âgées, mais heu... la famille... La famille

est assez pren... heu je veux dire, entre enfants et personnes âgées, une dépression je la gère en bugne à bugne, avec le mec ou la fille, ou la bonne femme en face. Heu... avec une petite aide éventuellement par la famille. Mais là l'aide de la famille est beaucoup plus importante aux 2 extrémités de la vie, pour toute les pathologies, en particulier pour le pour la... voilà.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

En fonction de l'évolution des symptômes.

En pratique vous arrive - t-il d'arrêter des traitements ?

(Soupir) ça j'ai la trouille.

Pourquoi ?

Bah je me dis que si je l'arrête et que je me suis, que je fais une connerie de l'arrêter et que y a une merde, j'en, je vais avoir les boules. Donc heu ... heu si je ... alors j'en arrête. J'en arrête quand même. Mais je le fais toujours heu... très progressivement. Même si les labos nous disent que les nouveaux antidépresseurs on peut les arrêter très rapidement, j'y vais sur la pointes des pieds. Mais je les arrête, j'essaie de les arrêter.

Et dans quelles conditions vous essayez de les arrêter ? pourquoi ?

Alors, quand je considère qui, que l'état est stabilisé, que la famille me confirme le truc, là j'essaie de lever le pied et de diminuer les doses progressivement.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Hum, j'utilise pas mal le DEROXAT *(paroxétine)* chez la personne âgée, c'est un IRS ça ? C'est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine ça. Voilà. Je sais pas pourquoi la personne âgée c'est souvent DEROXAT. Pff ! Va savoir. A un moment, il a dû se rentrer dans une case de ma tête, voilà. Puis il y a la forme en goutte qui va pas mal pour diminuer à la fin en plus.

Donc c'est celui que vous préférez je suppose ?

Oui. C'est celui que je... le plus... celui que je

prescrit le plus dans ce domaine-là.

Et pourquoi ?

Parce que j'ai dû en prescrire plus qu'alors... les études qu'on nous a présentée, machin et cetera... ils sont tous plus... Ils lavent tous plus blanc que blanc. Que quelque part au bout d'un moment, il y a une part de hasard, on essaie un truc ça marche très bien chez une personne, on se dit oh putain ça a bien marché, si la deuxième fois ça marche bien, après on est, dans la case on a mis celui-là quoi.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapies ?

Ah bah bien sûr oui.

Lesquelles conseillez-vous ?

Alors je travaille beaucoup avec une psychologue. Heu... parce que ... parce qu'on retombe sur le phénomène qu'on n'a pas assez de temps nous pour discuter avec eux. Et... Et y a souvent l'isolement dans la, chez la personne âgée. Et donc heu un suivi psychologique est important, à mon avis.

Pourquoi ?

Bah ils ont besoin de parler. Et qu'ils soient, et qui, et qu'on leur parle et non pas comme à un petit vieux qui comprend plus rien quoi. Au contraire avec quelqu'un qui a de l'expérience. Une personne âgée c'est plus quelqu'un qui a de l'expérience plutôt qu'un petit vieux qui comprend plus rien. A mon goût. Peut-être parce que je m'en rapproche ! (Rires)

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Quand j'ai l'impression de pas... soit au départ quand je suis pas sûr de mon coup et que je sens le ...le truc qui me file un peu entre les doigts et que je sens que, que ça marche pas. Donc là je je je j'essaie de prendre du temps et sinon j'envoie vers un psychiatre. Le problème c'est qu'il faut trouver un bon psychiatre. (Sourire) Là on pourrait mettre des points de suspension après. C'est pas simple. Et heu... les solutions de de facilité c'est les CMP (centre médicopsychologique) les machins. Heu ... c'est pas toujours heu... d'un niveau heu qui me plaît. Je suis un peu maniaque. Après donc heu ... il

y a un ou deux correspondants mais ils sont durs à avoir parce qu'ils débordent, donc heu chaque fois c'est des galères quoi. Voilà.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

Elle est différente parce qu'elle est ralentie. Elle est ralentie heu dans le diagnostic, parce que les symptômes sont souvent cachés. Elle est ralentie par leur adhésion parce que bon ils ont accepté le truc, machin et cetera, elle est ralentie pour plein de trucs. Eux, heu, un mec de 35 ans il faut qu'il retourne au boulot, faut qu'il machin et cetera, eux faut que ça avance. Eux ils sont dans un rythme qui correspond à leur âge, et y compris dans le domaine de la dépression, à mon avis, mais je suis encore pas spécialiste du tout.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Dès que je dois l'envoyer à quelqu'un. (Pause) Tant que je peux me débrouiller tout seul et que j'arrive à me, à lui sortir la tête de l'eau ça me va. Et si il faut y passer du temps j'y passe du temps, même s'il y a du monde, c'est ce que je disais tout à l'heure, même si de temps en temps on coince un peu. Mais trouver des, des, des gens à qui les envoyer c'est pas simple hein. Le problème des ... de, de savoir où les envoyer ... pff, c'est pas simple.

Comment avez-vous été formé concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

(Soupir) J'ai dû apprendre ça dans mes cours y a bien longtemps maintenant ! (Sourire) donc je dois avoir quelque, du reste. Après heu... bof, même si je lis beaucoup plus de pédiatrie et de médecine du sport je lis de temps en temps quand même 2 3 trucs et, fin je lis un peu des choses quoi. Mais voilà. Mais heu c'est ... autant il y a des articles dans les autres domaines que je vais éplucher, autant là je passe un peu plus vite parce que c'est pas... je veux dire on a tous nos dadas en médecine du sport, je veux dire en médecine générale.

Ces formations vous semblent-elles suffisantes ?

Pff... On n'est jamais assez formé. On n'est jamais assez formé dans tous les domaines. Le problème de

la médecine générale c'est qu'on devrait savoir tout sur tout. Et par définition on peut pas. Fin, personnellement je ne peux pas, j'en suis bien incapable. Heu... On reçoit pleins de formations, pleins de machins, on en reçoit, mais là encore on se forme plus sur les trucs qu'on aime quoi. Et et qui nous, on s'est dit, on s'est dit, moi je continue à faire des formations sur des tas de trucs, mais heu... pff on peut pas tout faire quoi. Parce ce qui paraît on travaille beaucoup... et ... on a quand même un temps familial qu'on doit se garder quand même un peu quoi et les journées ne font que 24 heures. Donc on est un peu coincé après. Mais heu, mais honnêtement je trouve qu'on se forme pas assez et on n'a pas on peut pas tout ce qu'on voudrait mais... on peut pas être spécialiste en cardio en gynéco en obstétrique, en pneumo en... en tous quoi et en gériatrie, et en particulier en ... en psychiatrie gériatrique. Malheureusement ! C'est là qu'il faut le, c'est là qu'il faut ressortir à mon avis la première qualité d'un médecin, dans tous les métiers mais en particulier en médecine générale, c'est connaître les limites de ses compétences. C'est à dire quand on sait faire on fait, quand on sait pas faire, on fait pas. Et quand on sait pas faire on passe la main. Le problème c'est quand on passe la main il faut savoir à qui.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

(Soupir) Il faut qu'il y ait des structures qui, où on puisse, heu comment dire, assez facilement, heu avoir un interlocuteur rapide. Éventuellement des hospitalisations, qui peuvent être assez courtes, parce qu'on sait que chez la personne âgée hospitalisée, par définition c'est une connerie, parce que dès qu'on les sort de leur cadre on les déstabilise complètement. Quand c'est dans une période où en plus ils sont dépressifs, bah ça les déstabilise encore plus, donc heu, donc dans la mesure du possible heu faudrait avoir un interlocuteur rapide qui pourrait au moins faire une consultation et essayer au maximum d'éviter les hospitalisations. Là y a un truc qui s'est monté là pas loin à l'Arbresle, c'est CGOL centre gériatrique de l'ouest lyonnais, que j'ai appelé ce matin pour une personne âgée qui déprimait, donc c'est marrant. Elle est pas bien du tout la pauvre et ... réponse, elle est complètement prostrée elle mange plus elle boit plus elle rien, on a une liste

d'attente d'au moins 15 jours. Je la laisse sans bouffer et sans boire pendant 15 jours ? Je fais quoi ? *(Pause)* "Faites là passer au service d'urgence et éventuellement ils nous la feront repasser machin." Chez une personne âgée c'est monstrueux de faire ça. Parce que si on la passe de chez elle, elle est déjà un peu paumée, on l'envoie au service d'urgence, alors c'est la panique ça court dans tous les sens c'est ... y a des trucs dans tous les coins, après on la fait attendre dans un couloir parce qu'il y a de l'attente... après on va dire pff ... comment je fais ? Bon là j'ai un peu gueulé, lundi prochain elle y est. Mais voilà, mais bon, là j'ai passé, c'est pour ça que je suis un peu en retard, j'ai passé, bon voilà. C'est pas simple. Voilà.

10.4. Entretien 4

Je vais d'abord commencer par des questions générales.

D'accord.

Comment définissez-vous une personne âgée ?

Ah... plutôt par rapport à son état physiologique, je dirais voilà. Ce n'est pas une question de limite d'âge quoi voilà c'est, bon on va dire qu'à partir de 75 ans on commence à rentrer dans les, voilà, dans les personnes âgées.

Que pensez-vous de la dépression ?

C'est une maladie. Voilà. Heu... comme les autres ; qui s'entretient qui se soigne comme les autres, voilà.

Comme la définissez-vous ?

Alors surtout comme la perte de l'élan vital heu ... l'isolement heu plus envie de rien faire... heu perte de poids, ça me fait penser aussi, avec les répercussions ... somatiques voilà. Et puis heu... principalement comme ça.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

Et bien heu... *(Soupir puis sourit et rit en disant la suite)* à son avenir. *(Rires)* Fin déjà elle réalise qu'elle va mourir. Voilà fin, ça ne me semble pas anormal, voilà quoi.

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression de la personne âgée ?

Alors heu... alors il y a l'asthénie, mais ça c'est fréquent chez les personnes âgées. Heu ... l'isolement la perte de poids, ça c'est des critères que je retiens facilement. Et puis après les gens parlent aussi relativement spontanément, quand ils ne vont pas bien, après tout dépend si c'est un premier épisode dépressif chez une personne âgée ou si c'est quelqu'un qui a déjà fait des dépressions et qui reconnaît déjà une petite partie de ses symptômes.

Utilisez-vous (il me coupe)

Les troubles de mémoire aussi, et de concentrations. Ça c'est un peu, alors bon, c'est un peu compliqué chez les personnes âgées parce que, elles l'admettent, mais c'est vrai que la mémoire c'est un peu, c'est la première chose à laquelle on pense quoi. Avant d'aller sur l'Alzheimer. Voilà.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non.

Pourquoi ?

Trop long pas de temps. *(Rit)*

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez la personne âgée ?

Ah... ça bah c'est plutôt un ensemble de critères d'interrogatoire. Oui effectivement, plutôt comme ça.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non.

Pourquoi ?

Trop long *(rires)*

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression de la personne âgée ?

Alors après heu... bah faut penser à tout le reste aussi... à l'hypothyroïdie en particulier, heu pff... le parkinson, ça aussi, heu, ça je crois que c'est, ça fait aussi parti des symptômes et de... de l'évolution de la maladie. Parce que les gens se rendent compte, se rendent compte qu'ils deviennent de plus en plus dépendants ça n'arrange pas leurs affaires, la dépendance. Heu ... voilà, principalement.

Quels sont les signes de gravité dans la dépression chez une personne âgée ?

Celui que je trouverais le plus grave heu... c'est surtout l'isolement je trouve. Puis en fait les personnes âgées heu, ils admettent, 'fin certains

admettent aussi que ça fait partie du vieillissement, d'être dépressif. Ça c'était quelque chose que j'ai découvert au cours de mon exercice mais en fait heu... oui c'est surtout l'isolement la perte de poids le renfermement, fin voilà. Et puis y a plus rien à faire après.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

(Soupir, sourire) Ha ah ! *(Rit en parlant)* ça alors, les faire hospitaliser c'est toute une histoire ! Heu pour des dépressions chez les personnes âgées, ah si c'est un peu particulier parce qu'il y a quand même un certain, on a quand même un encadrement qui est assez heu, qui, on est plutôt dans un milieu semi-rural, c'est souvent les voisins qui s'en occupent c'est, c'est très rare quand on les fait hospitaliser, heu, j'ai dû en faire hospitaliser deux, alors soit, alors après il y a des dépressions sous forme délirante voire mélancolique, où là effectivement il y a un dépassement de l'encadrement familial. Et c'est vrai que chez les personnes âgées, alors les personnes âgées qui sont isolées toutes seules alors effectivement celles-là on les fait hospitaliser, on n'a pas le choix, mais c'est vraiment, c'est pas du tout fréquent dans le coin, il y a toujours un encadrement y compris par les infirmières, y compris, on déclenche facilement un encadrement chez les personnes âgées heu ici. Qui est plutôt de bonne qualité donc quand ça ne va pas effectivement les entretiens infirmiers aussi c'est important, l'infirmière c'est un bon un bon point d'appel. Heu du coup les hospitalisations chez les personnes âgées pour dépression c'est vraiment heu, je vous dis j'en ai eu une seule qui est ressortie il n'y a pas très longtemps d'ailleurs. Et heu et c'est parce que l'encadrement était complètement dépassé.

Vous me dites que c'est toute une histoire pour les faire hospitaliser...

Parce qu'ils ne veulent pas aller à l'hôpital. *(Rires)* les patients. Oui ils ne veulent pas. Ça les envoie, ça les envoie sur les urgences, c'est l'extrême limite, c'est ... alors ils ne veulent pas. Ils n'ont pas confiance en l'hôpital.

Que vous évoques le suicide de la personne âgée ?

Alors ça c'est effectivement, je pense que c'est assez fréquent hein, 'fin ici heu ici, ici pour l'instant j'en ai pas vu. 'Fin j'en ai zéro.

Vous n'avez jamais rencontré la situation ?

Chez des personnes âgées non. Après ici y a des personnes âgées qui se suicident mais je ne suis pas sûr qu'elles aient un suivi médical non-plus quoi. Le refus de soins aussi hein, ça fait partie de, à mon avis

de, de la maladie, parce qu'on ne passe pas à côté, 'fin on passe à côté du signal puisqu'ils se plaignent à personne. Moi, je n'ai jamais eu de personnes âgées qui se sont suicidées. Sur mes suivis. (Rire)

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression de la personne âgée.

Ah, ça c'est toute une histoire ça.

Selon vous quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Heu, d'abord un soutien psychologique parce que faut, 'fin, quand on vieillit forcément on pense à la mort, forcément on peut avoir des idées noires, je pense que le soutien psychologique c'est le premier plan. Après heu c'est pareil, ici on n'a pas mal de psychologues, en dehors des psychiatres, qui font des suivis, des suivis psychologiques et qui sont prêts à intervenir, et qui interviennent de façon assez correcte, et éventuellement une petite aide médicamenteuse si besoin quoi. Mais moi, mais pour moi les antidépresseurs c'est plutôt une béquille, que ce soit le jeune ou le vieux, voilà, ce n'est pas quelque chose qu'il faut garder tout le temps quoi, voilà.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

En général je fais une réévaluation à un mois, et puis... donc après introduction hein quand j'introduis le traitement. Et puis on réévalue à un mois pour voir s'il le supporte bien s'il est relativement efficace, si faut changer, changer de molécule. Je suis assez disponible aussi pour leur dire que si ça va pas ils me rappellent, on... changera, on trouvera autre chose. C'est vrai que c'est un, que le premier mois de suivi est très important, après, souvent c'est de l'ordre de trois mois, ou à la demande, selon on s'adapte. Sachant que le traitement, je les préviens d'entrée de jeu, c'est un traitement long, qu'ils partent, qu'on part plutôt sur un traitement de 9 mois sur un an que sur 2 semaines quoi. Une fois que les gens sont au courant ça se passe bien. (Rit)

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Par rapport à l'humeur, à la reprise d'activité, heu..., la reprise de poids aussi... oui les troubles du sommeil aussi oui bien sûr, mais ça c'est vraiment très difficile chez les dépressifs et les personnes âgées, 'fin la personne âgée dépressive avec des troubles du sommeil, faut déjà identifier ce que c'est que leur sommeil, quels sont leurs besoins... ce n'est pas simple hein, ils ne dorment pas beaucoup les personnes âgées. (Rire) donc heu, c'est essentiellement par rapport à leurs envies de refaire des choses. Et puis ça se voit quand les gens vont mieux, ça se voit. (Rire)

En pratique vous arrive-t-il d'arrêter des traitements ?

Oui bien sûr.

Pourquoi ?

Parce quand ils vont mieux et qu'ils sont stabilisés, il n'y a plus de raison de continuer.

D'accord. Et comment arrêtez vous ?

Alors je fais du sevrage progressif sur 1 mois.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Chez la personne âgée ?

Oui

Alors, heu il y en a un que j'aimais bien c'était le STABLON (*tianeptine*) mais c'est un peu limité maintenant parce que les prescriptions sont... sont sur ordonnancier... par rapport à la mémoire c'était intéressant aussi. Après heu... je n'en ai pas énormément mais c'est plutôt des IRS (*inhibiteur de la recapture de la sérotonine*) effectivement.

Lesquels préférez-vous ?

Je suis assez SEROPLEX (*escitalopram*) SEROPRAM (*citalopram*) plutôt, plutôt, après ça dépend aussi, aussi de la forme de dépression. Il y en a qui sont très très, très anxiogènes très, alors le DEROXAT ça peut rendre des services aussi, ça les dynamise.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ?

Ah bah... oui. Moi je pense que la première thérapeutique c'est d'abord la discussion. Après c'est vrai que des fois les gens sont parfois, en fait ce qui est intéressant de mettre les antidépresseurs, c'est quand les gens ont trainé assez longtemps et qu'ils n'ont plus la force de, qu'ils n'ont pas assez de recul par rapport à la prise en charge psychologique. Et là, là ça peut apporter quelque chose quand même, parce qu'il faut qu'ils aient un petit peu, un peu de répondant. Après si vraiment il y a des menaces suicidaires des choses comme ça, bah là évidemment on les fait hospitaliser. Mais ça reste relativement (*pause*) rare. Après pour des gens qui sont suivis régulièrement c'est toujours plus facile de soigner une dépression, que chez des gens qu'on ne voit jamais. Voilà.

Donc tout ce qui est aide psychologique c'est ce que vous conseillez. Vous conseillez d'autres choses ?

Bah après heu... après faut s'adapter à la demande. Alors ici bon le CMP (*centre médicopsychologique*) pour les personnes âgées... ce n'est pas terrible en fait. Ils n'aiment pas du tout. Fin la plupart du temps ils ne reviennent pas.

Les patients ?

Après ceux qui ont les moyens voient un psy. Les patients ne sont pas... 'Fin y a beaucoup de délais, l'organisation psychiatrique c'est un petit peu particulier aussi, c'est heu... après ils y a des services de gérontopsy et de psychiatrie qui sont très intéressants aussi, j'ai déjà travaillé avec eux. C'est vraiment en général pour des cas relativement graves qui ne relèvent pas forcément que de la dépression. C'est rare qu'on, on arrive à s'en sortir pas trop mal avec ce système-là.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

C'est vraiment en cas d'échec quoi. Si vraiment tout le reste n'a pas marché. Après je le propose mais, ici, ils sont très réticents quand même. On est à G***... (Rit)

Vous dites tout le reste, vous parlez de quoi ?

Alors en général moi de toute façon, j'essaie toujours d'avoir un psychologue de référence, et puis un, du moins un traitement derrière, alors effectivement, si vraiment ça marche pas. Si j'ai quelques patients qu'ont été suivi là on a, y a un centre, ils sont très spécialisés où quelques fois je leur envoie les patients pour les aider un petit peu parfois en hôpital de jour, mais c'est vraiment enfin c'est vraiment très rare.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

(Pause) bah faut faire attention aux doses, faut pas non plus les shooter ça c'est sûr au niveau médicament. Après, bah faut intégrer ça dans un contexte, l'idée de mourir et l'idée que la mort se rapproche naturellement je dirais. Effectivement ça donne une différence par rapport à quelqu'un de 20 ans qui n'a pas de raison de mourir quoi. Heu, mais je pense, je pense que ce qui manque le plus c'est l'encadrement quoi. Voilà.

Pourquoi ?

Heu, pourquoi ? Parce que je pense que c'est important d'être accompagné dans ses derniers jours quoi. Voilà.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale. Quelles difficultés

rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Alors et ben ça par contre c'est pas très différent que chez les autres, c'est que quand, faut bien leur expliquer, quand on doit mettre en route un traitement, c'est qu'on est obligé de mettre en route un traitement. Après, heu, les entretiens psychologiques, les entretiens heu... ici, nous... ça c'est plutôt bien en fait, je n'ai pas beaucoup de difficultés à prendre en charge les dépressions de personnes âgées. Après tout dépend du, parce qu'il y a aussi des dépressions secondaires, ça dépend ce qui leur tombe dessus quoi, des solutions quoi, plus de maison plus d'enfants plus rien quoi, ce n'est pas la même chose que la petite mamie qui vit chez sa fille qu'on voit tous les jours quoi. La plus grosse difficulté je pense que effectivement, c'est p't'être, je pense que c'est l'encadrement, c'est même sûr.

Comment avez-vous été formé concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Oh tout seul quoi. Comme pour tout en médecine générale (rit) non heu... heu je crois que j'avais fait une formation, alors ça fait super longtemps au début où j'étais installé. C'était une formation heu, ce n'était pas une formation obligatoire, c'était une FMC (*formation médicale continue*), je crois, justement je me demande si ça avait pas été organisé avec le centre de Vaugneray. Parce que le médecin en fait que j'ai repris, travaillait à mi-temps, en médecine générale et dans, comme médecin somaticien là-bas. Donc ça c'était au tout début où j'étais installé. Bon après, après c'est l'Imperia (*doute sur la compréhension du mot*) et la lecture quoi, essentiellement.

Ces formations vous semblent-elles suffisantes ?

C'est toujours pareil, c'est ça d'être médecin, (rire) la médecine c'est comme ça. Oui pour l'instant je dirais que je me débrouille. Après ça m'ennuierait de savoir que quelqu'un s'est suicidé parmi mes, parmi les personnes âgées que je suivais. Après y a quand même des, c'est rare mais ça peut arriver qu'il y ait un refus, que les gens ne veulent pas se soigner. Après c'est plus compliqué quoi. Mais quand tout le monde participe. Est-ce que j'ai été assez formé ? ... Je ne suis pas sûr qu'on soit jamais assez formé. (Rit)

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

(Soupir et pause) ... Pour moi ce n'est pas très simple, parce que, 'fin, je pense que c'est, c'est plutôt, faut être à l'écoute, voilà c'est ça surtout, c'est, c'est vrai que, faut être à l'écoute, faut, y a quelques alertes. Les dépressions masquées y en a peut-être

moins que chez les jeunes mais ça peut exister aussi hein. Heu... les plaintes somatiques aussi qui sont très diverses, y a des somatisations aussi, ah oui j'en ai pas parlé. Un peu rapide, il y a des gens comme ça, ça peut même être des ulcères de jambes. J'ai un exemple très précis comme ça. Et heu... comment est-ce qu'on peut l'améliorer ? ... Moi je crois qu'il y a quand même un phénomène sociétal, 'fin faut pas, faut être à l'écoute des personnes âgées tout simplement, faut, c'est vrai, c'est d'abord ça. Et l'encadrement fin voilà.

Le phénomène sociétal, vous parlez de quoi ?

Il faut lutter contre l'isolement surtout, c'est ça, parce que y en a beaucoup. Parce que si, les cas qu'on m'a rapportés, les gens qui se sont suicidés, c'est des gens qui vivaient tout seul. Donc voilà, c'est des gens qui sont isolés chez eux, alors est-ce que c'est la dépression qui les as, alors est ce qu'après c'est parce qu'ils se sentent trop seuls, les voisins ils les voient plus, puis voilà, on dit plus bonjour à son voisin puis un jour on découvre qu'il est mort quoi. C'est déjà arrivé ça effectivement. Je crois qu'on ne peut pas faire que, qu'on ne peut pas, on médicalise beaucoup de choses, beaucoup beaucoup beaucoup. Je pense que ce n'est pas que médical, 'fin je pense qu'il n'y a pas besoin que d'une prise en charge médicale, 'fin chez la dépression de la personne âgée. Le truc qui a été le plus révélateur par rapport à ça, c'était l'épidémie. 'Fin, c'est la grande sécheresse là, en fait, c'est là qu'on a découvert que le voisin était mort parce que ça sentait mauvais. C'était un peu triste. Voilà.

10.5. Entretien 5

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Heu bah une personne âgée en principe, c'est après 65 ans (*sourire*) si on s'en tient donc au critère admis.

Que pensez-vous de la dépression ?

Heu, bah la dépression faut se méfier de signes qui rentrent pas forcément dans le cadre de dépression mais qui doivent alerter.

Comment la définissez-vous ?

Bah c'est une perte du goût de vivre, d'entreprendre des choses.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

(*Pause*) Alors c'est pas forcément... c'est pas forcément une dépression. Bon ça peut être sur d'autres plans philosophiques ou autre. Bon après ça

dépend comment elle aborde ce sujet, si, si elle parle d'elle-même ou de la mort en générale.

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression de la personne âgée ?

Donc heu ça peut être un manque d'intérêt pour ses loisirs habituels heu, ou des problèmes somatiques, des plaintes multiples, ou diminution de l'appétit, quelqu'un qui sort peu alors qu'avant elle avait d'autres occupations.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

.... Non au cours de ma consultation c'est un ressenti général.

Pourquoi ?

Ben parce que... pourquoi je sais pas ! (*Sourit*) bah parce que c'est plus, parce que c'est plus facile. Et que bon faut pas trop classer les choses et avoir plus une approche personnelle.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression de la personne âgée ?

Heu alors, donc heu, bah y a, par les signes que j'ai décrits plus haut. Heu et puis aussi, selon l'évolution de de... d'un mal être, si c'est ponctuel ou donc ça nécessite plusieurs entretiens.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non.

Pourquoi ?

C'est... c'est... (*hésite*)

Pour les mêmes raisons ?

Oui !

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Oui. Des anomalies thyroïdiennes, ça peut être aussi une anémie. Donc des... vous m'avez dit des... ?

Des pathologies pourvoyeuses

Ah des pathologies. Et puis heu heu et ben l'Alzheimer hein. Les dégénérescences vasculaires.

Quels sont les signes de gravité de la dépression chez une personne âgée ?

Bah c'est quelqu'un qui maigrit ou... Ou qui a une désorientation, 'fin qui peut avoir un désorientation... (*hésite puis se tait*)

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Des patients patients qui sont plus autonomes et qui peuvent avoir une décompensation somatique.

Vous sous-entendez quoi par décompensation somatique ?

Alors heu bah qui s'alimentent plus donc amaigrissements, heu chute...

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

Ce que ça m'évoque... peut être que l'on devrait prendre les choses plus tôt et être un peu plus heu perspicace dans les interrogatoires et le suivi des prescriptions médicales.

Avez-vous déjà rencontré cette situation ?

Oui.

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression de la personne âgée. Selon vous quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Pour moi je, 'fin, je commence toujours par prescrire heu des médicaments et après selon l'évolution heu j'ai recours aux spécialistes ou aux psychologues. Voilà.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

Donc je revois la personne en principe tous les mois pendant 6 mois environ et après ... si je sens des effets secondaires particuliers aux médicaments, je les revois plus tôt, je lui propose toujours de téléphoner s'il y a un problème.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Donc heu... je... j'essaie de quantifier l'angoisse et puis la réadaptation à la vie quotidienne relationnelle...

En pratique vous arrivez t'il d'arrêter des traitements ?

Oui.

Pourquoi et comment ?

Alors bah de façon progressive évidemment. Alors quand, si c'est une dépression réactionnelle quand il y a, quand on est loin du facteur déclenchant, ou heu si, je pense que, la personne revit pleinement comme avant.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Alors principalement les IRS (*inhibiteur de la recapture de la sérotonine*), voilà. Et heu, quand il y a échec, du STABLON (*tianeptine*).

Lesquels préférez-vous ?

Alors ça dépend, si je cherche quelque chose de plutôt anxiolytique heu donc le DEROXAT(*paroxétine*), ou alors dynamisant comme le PROZAC(*fluoxétine*). Je prends aussi des IRS un peu intermédiaire comme le citalopram ou SEROPLEX (*escitalopram*).

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ?

Alors heu oui, disons que le traitement médicamenteux heu dans le meilleur des, si possible doit être accompagné d'une prise en charge psychologique. Autrement les autres traitements de la dépression sont pas, je pense, pas adaptés aux personnes âgées. Comme les stimulations magnétiques ou ...

Lesquelles conseillez-vous comme autres thérapies ?

Psychothérapie.

Pourquoi ?

Parce que je pense qu'il faut, qu'il faut re-moduler les systèmes de pensée de la personne âgée et que les entretiens peuvent l'aider à reconsidérer tous les attraits qui lui reste.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Alors bah la désorientation ou alors le manque d'accompagnement, ... les troubles du comportement.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

Oui.

Pourquoi ?

Heu... parce que pour ces les traitements sont à adapter très progressivement, et donc heu les signes d'évolution sont peut-être moins présents et moins évidents que chez les sujets jeunes.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale.

Mmh mmh (*acquiesce*)

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Alors heu la tolérance aux médicaments peuvent entraîner pour les IRS des problèmes de nausée ou des des déficits en chlore... (*hésite cherche*)

Les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge ?

Que je rencontre ... l'observance. Voilà. Quelque fois ça peut être heu... Il peut y avoir une prise en charge par un infirmier à domicile, pour ré-établir les piluliers et observer si la personne prend son traitement.

Comment avez-vous été formée concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Par l'exercice au cabinet ! (Rit)

Cette formation vous semble-t-elle suffisante ?

Hum... elle est quand même complétée par les échanges que l'on peut avoir avec les spécialistes ou les revues. Voilà.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer cette prise en charge ?

Bah, par des études de cas, des réunions, dans un enseignement postuniversitaire.

10.6. Entretien 6

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

(Rit) ça commence bien. On commence par une question à peu près insoluble. Heu on va considérer, moi je vais considérer qu'on va diviser l'âge sur le siècle et que le dernier quart sera les personnes âgées, donc au-delà de 75 ans.

Que pensez-vous de la dépression ?

(Silence) la dépression. (Silence) qu'est-ce que je pense de la dépression. A part que c'est une pathologie ennuyeuse qui empêche de vivre correctement de, de profiter effectivement de la vie heu... ce que j'en pense c'est que c'est juste une inadaptation heu... face au stress de la vie et du ... chez les personnes âgées, du vieillissement. Voilà mais on après...

Comment définissez-vous la dépression ?

La dépression ça se définit comme étant une perte d'élan vital, d'envie et... et par une anxiété généralisée.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

(Long silence puis rit doucement en commençant à parler) il y a 2 cas de figure. Il y a les gens qui vous parlent de la mort ou de mourir parce qu'effectivement ils sont en souffrance ils vont mal et bon voilà, et qu'ils sont dans le cadre notamment d'une dépression avec l'espoir que ça se termine le plus vite possible parce que mourir c'est arrêter de souffrir. Voilà. Il y a des gens qui se suicident dans la dépression tous jeunes. Les vieux ont plus de mal

à se suicider. Et puis il y a les cas de figure de gens qui effectivement vieillissent arrivent... un petit peu au bout du chemin et avec qui on peut discuter effectivement mais de façon tout à fait heu ... philosophique, qui sont pas forcément dans la dépression, qui sont bien dans l'acceptation de la chose, ils éprouvent simplement le besoin d'en parler. Donc ... (pause) il y a vraiment 2 cas de figure, ceux chez qui c'est vraiment un signe de dépression et ceux chez qui c'est juste le fait qu'ils ont accepté l'idée qu'effectivement ils allaient mourir. Après voilà si possible le plus vite possible et dans la moindre souffrance possible, l'idéal étant au milieu de la nuit (rit).

Nous allons à présent passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression chez une personne âgée ?

Alors il y a de multiples signes. D'abord c'est la... le premier signe pour moi c'est la négligence. Euh... alors nos... alors parce que chez les femmes, quand nos petites mamies commencent à arrêter de se pomponner, ce n'est pas bon signe du tout. Voilà. C'est vraiment un des tout premiers signes, quand on les voit arriver pas bien maquillées, on leur dit « oh la la, ça va pas vous ». Et en général effectivement ça ne va pas très bien. Chez les hommes c'est plus compliqué. Mais bon c'est quand même essentiellement, quand même une espèce de laisser aller, on arrête de prendre vraiment soin de soi, on arrête... on commence à laisser courir, et et ... et après c'est en discutant avec eux parce qu'on s'aperçoit qu'ils font plus leurs trucs correctement, que les traitements ça devient n'importe quoi, que finalement heu... ils maigrissent parce qu'ils mangent plus... surtout par le, le fait d'une d'une négligence de soi-même. Pour moi vraiment le premier signe.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non.

Pourquoi ?

Parce que je n'en connais pas. Parce que j'en ai vu beaucoup mais... (Pause) je n'ai pas le sentiment que ça m'aide beaucoup. Voilà. Heu... faut prendre le temps de discuter, tout ça. Les échelles c'est encore un truc très artificiel, quand on voit quelqu'un on coche des points, des machins allons bon. Je n'ai pas le sentiment qu'il y a besoin d'une échelle pour savoir ça, qu'il y a un truc qui ne va pas. (Enchaîne très vite en parlant un peu dans sa barbe donc quelques mots incompris) on leur demande comment ils vont, s'ils sortent s'ils continuent à aller jouer aux cartes etcetera, s'ils continuent à faire des affaires. Et à partir du moment où ils commencent à plus faire ou à dire « oh j'ai plus envie parce qu'ils me fatiguent » ou machin tinguoin, on rentre dedans et à

ce moment-là il faut aller piocher pour aller plus loin, voir effectivement pourquoi ça va plus, pourquoi ça va pas. L'échelle heu, non. Tous ces trucs hyper rigoureux ça me gonfle. Voilà, très honnêtement. Et je ne suis pas sûr que ça m'aide dans ma pratique surtout. Dans ma décision après de traiter ou pas traiter. Parce qu'au final c'est ça quand même. Parce qu'il y a des tas de gens qui ont des périodes parfois un peu difficiles, est ce que je les traite ? Est-ce que le traitement est intéressant ou est ce qu'il risque d'être plus délétère ? Et est ce qu'il y a d'autres moyens qu'un simple traitement et de la dépression ? Est-ce que ce serait pas simplement le fait de les entourer un peu plus ? de leur envoyer l'infirmière qui passe effectivement tous les matins ou la kiné qui passe 3 fois par semaine, de voir du monde, de rythmer leur vie et de les obliger à s'astreindre à être levées le matin et à pas être dans leur lit jusqu'à une heure. Donc tout ça c'est, tout ça c'est assez subjectif donc les échelles, les trucs, bah voilà quoi. Si vous dormez tout le temps, est ce que vous avez envie de ci, est ce que ça machin et puis à la fin j'ai X sur 10 et... Bah voilà, pas l'impression que ça me serve à grand-chose. Et je trouve ça très impersonnel, et du coup d'imposer ça aux gens en leur disant écoutez maintenant vous vous asseyez et vous allez répondre à toutes mes questions. Ce n'est pas mon mode de fonctionnement relationnel avec mes patients donc ça ne me va pas bien. Utiliser des échelles comme le Fagerström pour le tabac machin il y a 5 questions très simples ou pour l'alcool, c'est facile, mais pour, juste pour leur dire voyez le test ça marque ça, ce n'est pas moi c'est le test, vous buvez trop. Donc en fait, je les, je ne les utilise pas.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression de la personne âgée ?

Et ben justement par l'interrogatoire général, heu, de leurs habitudes de vie, de ce qui se modifie, de, de... de leur perte élan vital, de leur envie d'avancer, de leur envie de continuer, de... heu, voilà quoi. Tous ces signes... ces signes ont une valeur en soi. Savoir si effectivement s'ils, s'ils sont mortifères, ils ne sont plus suicidaires à cet âge-là de toute façon, ils sont éventuellement mortifères effectivement, tous ces signes, discuter en leur demandant si effectivement ça peut être une souffrance, s'ils en ont marre, si heu... tous les signes qui sont propres à la dépression, me semble-t-il.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non.

Non plus. Pour les mêmes raisons ?

Pour les mêmes.

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Des pathologies ?

Pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée.

Alors. Toutes.

C'est-à-dire ?

Toutes. En fonction de l'entourage et de ce qui se passe. La fracture du col du fémur chez une personne âgée qui n'a pas d'entourage, pas de famille, pas de visites c'est une catastrophe. Chez quelqu'un qui est très bien entouré, ce n'est pas forcément dramatique. Donc il y a des tas de facteurs qui interviennent, mais toutes les pathologies qui deviennent un petit peu chroniques, un petit peu invalidantes au niveau de l'autonomie, heu... avec elles, si il y a pas suffisamment d'entourage ça va droit dans le mur. Voilà. Et après c'est toutes les pathologies dégradantes mais qui entraînent pas un problème d'autonomie mais qui entraînent des dépendances sont très... très dépressiogènes. Voilà. Après il y a des tas d'autres maladies mais heu c'est un peu plus compliqué, dans les maladies neurologiques, dans les maladies d'Alzheimer, ces trucs-là, bon il y a ceux qui sont pas dépressifs qui de toute façon tout leur passe au-dessus, fin ils sont plus... voilà. Ceux qui sont en phase de début, qui se rendent compte qu'il y a des choses qui ne vont plus, qu'ils ont du mal et qui s'aperçoivent qu'ils rentrent dans cette pathologie quand ils ont des moments de lucidité et là effectivement c'est très dépressiogène. Je pense que toutes les pathologies chroniques et qui impactent l'autonomie et et la dépendance sont, entraînent la dépression. Mais plus que ça. C'est toutes les pathologies sévères ou chroniques dans la descendance.

Dans la descendance ?

Vous avez 90 ans, vos enfants ont 65 ou 70, ont des problèmes de santé graves, ou passent l'arme à gauche. C'est terrifiant. Les pathologies c'est pas eux, c'est les autres. Ça c'est un truc où, chez les gens suffisamment lucides hein, qui admettent très très mal que l'ordre des choses ne soit pas respecté. Dans la plupart des cas. Il y a quelques égoïstes (*rit doucement*) incorrigibles qui s'assoient dessus et qui espèrent qu'ils feront 120 ans mais bon voilà.

Quelles sont les signes de gravité de dépression chez une personne âgée ?

Alors c'est vraiment là, pour moi c'est la sous-alimentation. Et euh... le fait de se négliger, même au niveau de l'hygiène et de tout ce qu'on veut, mais c'est c'est plus embêtant quand on a la sous-alimentation, le fait de se sous alimenter, on commence à attaquer des formes particulièrement sévères et assez difficilement réversibles.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Alors j'hospitalise exceptionnellement les gens. Et je suis très partagé et j'hospitalise assez rarement les gens parce que je pense qu'on les déstructure aussi beaucoup quand on les hospitalise quand ils sont vraiment âgés. Déjà c'est déjà bien compliqué et que de les hospitaliser des fois est quelque chose de très déstructurant. Il m'arrive parfois de demander quand il y a de la famille autour de les emmener voir, de voir une consultation de... de gérontopsychiatre même sur des CMP (*centre médicopsychologique*) enfin avoir un avis, essayer de discuter pour, plus éventuellement pour des stratégies thérapeutiques un peu compliquées. Et puis de temps en temps quand vraiment, alors chez des gens qui sont trop isolés, chez qui c'est trop compliqué et chez qui la dégradation commence à être importante, pour pouvoir vraiment faire une pause, de les mettre à l'abri, je les fais entrer à ce moment-là en service gériatrique soit soit soit enfin bon bref pour qu'ils soient réévalués, pour en profiter pour faire une réévaluation des traitements des autres pathologies et d'essayer de réduire autant que faire ce peu, ça marche pas toujours très bien d'ailleurs. Et puis pour faire une évaluation avec une reprise en charge effectivement au niveau des troubles de l'humeur, de la dépression, des machins, mais... c'est difficile, parce que chez certains patients, ils reviennent des fois pas mal bousculés et puis après chez les autres de toute façon c'est compliqué pour le suivi. Il faudrait qu'ils viennent plus, il faudrait qu'ils aient accès à des psychothérapeutes, et alors et c'est juste pas possible dans notre société.

Pourquoi ?

Parce que les psychothérapeutes ne sont pas remboursés. Parce qu'on a un gros problème en France c'est que l'accès aux soins commence à devenir réserver aux gens qui sont riches. Donc ça devient un peu catastrophique. (*Silence*) Parce que... à part quelques psycho dans les CMP qui sont débordés qui vous collent des rendez-vous tous les 6 mois ; quelques psychiatres qui font de la psychothérapie moyennant quoi maintenant ils font plus de psychiatrie et on manque de psychiatres partout et c'est l'enfer et quand il y a des gros problèmes psychiatriques on trouve personne non plus parce que ils ne sont pas assez nombreux. (*Pause*) Et ben il reste tous les psychos qui sont effectivement en ville mais qui sont tous des libéraux et pour lesquels ils n'y a aucune prise en charge. La plupart de nos retraités sont, de nos vieux sont en retraite, tous n'ont pas forcément des retraites magnifiques et tous ne peuvent pas forcément passer par là. Après en plus on n'a pas forcément la volonté à cet âge-là. C'est encore un peu plus compliqué. Mais bon on pourrait le faire imposer par la famille mais là... on va attaquer des débats un peu plus compliqués. Parce qu'est-ce que la famille souhaite investir ou pas dans ces aînés c'est encore autre chose. Voilà.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

Alors personnellement il ne m'évoque pas grand-chose pour la simple et bonne raison c'est que... jusqu'à ce jour je ne pense pas avoir été confronté par ce type de problème dans ma patientèle. Parce que la seule personne qui s'est suicidé en tant que personne âgée c'est mon beau-père. Je pense juste qu'il a arrêté de bouffer ces médicaments. Je le soupçonne très fortement. Mais je ne pourrais jamais le prouver. Mais je pense qu'il a arrêté de prendre tous ces antiagrégants et qu'il a fait un AVC (*accident vasculaire cérébral*) et qu'il est mort rapidement derrière. Et ... (*pause*) Je pense peut-être qu'il ne supportait plus de vieillir avec ma belle-mère, qui est assez insupportable. Mais bon. Euh... on ne saura jamais vraiment. Mais bon c'est c'est vraiment à la, à la limite la seule personne pour qui je puisse dire que peut être à mon avis, elle a dû faire en sorte de, alors pas du suicide actif mais du suicide un peu passif, en se disant je prendrais plus mes médicaments puis je verrais bien ce qui se passe, et puis ça se termine un peu plus vite et ben ça sera tant mieux. Voilà. Je pense que de toute façon il n'avait pas le courage de se suicider. Donc voilà. Après est ce que, ce que j'en pense c'est que c'est terrifiant mais que j'ai effectivement peu... les gens se suicident quel que soit leur âge, heu... ce qu'il faut simplement comprendre c'est que, que, c'est la seule manière que les gens trouvent pour mettre fin à leur souffrance et que ça veut dire que... qu'on a échoué quelque part, qu'on n'a pas réussi à les accompagner. Mais après dans certaines pathologies, dans certaines souffrances majeures, hum... on va rejoindre le droit de mourir dans la dignité ou de choisir... quand on peut mettre fin à ces jours et des histoires d'euthanasie active ou pas active. Est qu'on les aide, est qu'on les aide pas, est qu'on les laisse mourir ? (*Pause*) je pense que pour certains patients âgés en ... en grande anxiété, qu'on vraiment plus envie d'avancer parce que ça devient vraiment trop compliqué... je me dis qu'ils ont le droit de choisir. (*Pause*) Le suicide ne me traumatise pas en tant que tel si vous voulez, tout médecin que je sois. Ce qui me gêne dans le suicide c'est quand les gens le font dans un moment de détresse aiguë, alors que il y a... il peut y avoir de l'espérance après ou derrière. Ce qui n'est plus le cas effectivement de personnes effectivement très âgées, très encombrées de poly pathologies, de plus en plus dépendantes, ne pouvant plus bouger heu qu'en peuvent plus, qui ont mal partout, fin bon voilà. Qui a un moment disent 90 ou 95 ans c'est bon, gardez vos cachets j'en veux plus, et puis basta. (*Soupir*) Au risque de vous choquer moi personnellement ça ne me choque pas. Et je pense que je ferais pas grand-chose pour essayer de le convaincre de ne pas le faire. Je ferais rien pour l'aider (*à se suicider*) mais je pense que je ne ferais rien pour l'en empêcher. Si ça peut répondre à votre question. Et je pense que c'est à chaque fois un problème heu, vraiment très individuel, très

personnel. Donc heu compliqué. Après si c'est juste sur un désespoir alors que derrière il y a une solution bah ce serait dommage de se suicider parce qu'on a une fracture de hanche alors qu'on peut mettre une prothèse. Je veux dire je n'accepterai pas ça très bien. Et je pense que là c'est mon devoir, je veux dire de me battre et de faire ce qu'il faut pour qu'effectivement les gens ne fassent pas n'importe quoi. Se fassent opérer aillent mieux et redémarrent mais... Là on est d'accord. Mais la question est... (rit) bon trop ouverte si je puis dire. Vous allez être bien emmerder pour faire votre truc. (Rit)

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression chez la personne âgée. Selon vous quelle place a le médecin traitant dans cette prise en charge ? le médecin généraliste.

Moi personnellement je pense qu'elle est totalement centrale. Je pense qu'elle est (*insiste sur le mot suivant*) essentielle, et on est les premiers à pouvoir le juger, on est le premier à intervenir dessus. Alors après on se fait aider ou on ne se fait pas aider en fonction de ce qu'on sent, si on se sent de le faire de ne pas le faire, si on a un doute, moi j'envoie des fois au CMP parce que des fois c'est compliqué, parce que des fois c'est compliqué parce qu'il y a des tas d'autres traitements et que du coup c'est pas simple. Que quand vous avez un Alzheimer vous ne pouvez pas utiliser n'importe quel antidépresseur parce qu'il y en a qui aggrave l'Alzheimer, il y en a qui ne l'aggrave pas, qu'il y a des troubles comportementaux, qu'il y a des trucs, c'est compliqué. Donc heu, il y a des choses pour lesquelles effectivement on va aller demander l'avis d'un spécialiste pour essayer de nous éclairer un peu plus en tout cas pour le prendre en charge. Après en l'absence de, de thérapeutiques massives et encombrantes vis-à-vis d'un traitement de la dépression, moi personnellement je les traite quand même et je m'en occupe très bien. (Pause) Et je pense que c'est c'est vraiment central, de toute façon je pense que... voilà. (Pause) Je crois que c'est essentiel, oui oui je pense que ça ça l'est en pratique, mais heu ... (silence)

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

De toute façon qu'on se le dise si je les envoyais tous en suivi psy, on aura du mal aussi.

Pourquoi ?

Ah bah parce que c'est (*mot incompréhensible*) c'est l'enfer ! on peut pas, on veut prendre rendez-vous, il nous donne des rendez-vous, si c'est un problème psy un peu important on a des délais démentiels ! vous imaginez au centre de thérapies brèves qui est fait quand même pour voir les gens en moins de 24 à 48h pour régler les problèmes aigus pour essayer d'éviter de faire des placements d'office, on vous dit on n'a pas de place avant 1 mois ! bah d'accord, et

alors mon schizo qui est en train de basculer je fais quoi avec ? bah ouais, vous vous démerdez, vous l'envoyer au pavillon N, voilà. Alors je n'ai pas envie d'envoyer tous mes petits vieux qui ne vont pas bien au pavillon N parce que je ne peux pas avoir de rendez-vous à 3 mois avec un psychiatre. Et si on commence à tous les faire rentrer en évaluation en service de gériatrie ça va être compliqué aussi, parce que y a pas vraiment... ça déborde de partout. Et je ne pense pas que ça aille en s'améliorant. On reviendra à ça avec machin truc, on va fermer là-bas, 'fin les places il ne va pas en avoir plus, il va plutôt y en avoir un petit peu moins. Donc ça va être un petit peu plus compliqué et en plus des médecins gériatres il n'y en a plus non-plus. Quand vous allez à l'hôpital gériatrique à Francheville, le docteur Albrand, ses assistants et puis après ça, on fait appel à des gens qui veulent bien venir faire de la gériatrie mais qu'on pas forcément la formation ad hoc et pas forcément besoin de nous ad hoc, donc un petit peu compliqué. Donc ce n'est pas simple. Donc je pense qu'on a intérêt effectivement à le faire. Mais de l'évaluation de tout antidépresseur elle se fait de toute façon au bout de 3 semaines d'initialisation d'un traitement et elle se fait plus tôt s'il y a besoin de le faire plus tôt, et de toute façon la plupart du temps comme j'utilise ce type de traitement, où j'en suis là je vais faire intervenir des infirmières dans les traitements les médicaments les machins car c'est des gens qui sont fragiles qui ont tendance à me faire tout et n'importe quoi. Donc du coup l'infirmière nous sert aussi à surveiller ce qui se passe et de me tenir au courant des effets secondaires potentiels, de l'amélioration effectivement de l'humeur, parce que c'est eux qui les voient le plus, heu tous les jours, dans leur environnement et voilà. Mais heu... après je ne vois pas pourquoi il faudrait évaluer différemment le traitement différemment le traitement antidépresseur chez une personne âgée que chez une personne normale. Dans les 2 cas ils sont dépressifs, voilà.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Alors d'abord moi j'attaque que des traitements demi-doses chez les personnes âgées. Heu... Pendant le premier mois, et après en fonction de la réponse je peux être amené à l'augmenter souvent d'ailleurs on n'a pas tellement besoin de les bouger. Et puis de temps en temps on peut avoir des échecs retentissants, plus, plus facilement que chez d'autres personnes, mais je pense que c'est parce qu'il y a d'autres problèmes comportementaux associés derrière, sans doute, neurologique, une dégénérescence, enfin ce qu'on veut, et alors là par contre je les envoie chez Bonnefoy (*chef du service de gériatrie du centre hospitalo-universitaire Lyon Sud*), parce que là après, c'est là où ça relève quand même après du domaine du spécialiste, parce que là à priori il y a une espèce de dépression qui a l'air de prendre le dessus et qui a l'air d'être en..., je veux

dire en première ligne et qu'on s'aperçoit que ça agit pas forcément très bien et qu'on voit d'autres trucs apparaître mais du coup c'est plus complexe que ça. Donc ça veut pas dire qu'il faut qu'on enlève le traitement qu'on a mis mais se dire qu'il faut s'occuper de, du problème neuropsychique par ailleurs du problème de la dépression et ça relève plus de mon domaine. Pour moi ça n'est plus de mon domaine. Le plus, c'est un temps, à un moment je n'ai pas assez de formation, et c'est un moment où il faut passer la main. Autant je gère sans problème et sans anxiété particulière les traitements antidépresseurs classiques autant après ça devient un peu, un peu le bazar et toutes les associations... commencent à devenir un peu délétères et je laisse les spécialistes s'en débrouiller. (*Silence*)

En pratique vous arrive t'il d'arrêter des traitements ?

Oui bien sûr.

Pourquoi et comment ?

Alors il m'arrive d'en arrêter parce que dans certains cas et même chez les gens âgés on peut avoir des phases dépressives qui soient des phases purement réactionnelles, et alors en particulier aux environs des décès des descendants. Heu où c'est souvent très très mal vécu avec des traits de dépressions des fois assez importants, qu'on traiterait pas forcément d'ailleurs en tout cas que moi je ne traiterais pas forcément chez des gens heu... beaucoup plus jeune dans le cadre du deuil, heu, parce que je pense que de toute façon c'est normal qu'après la phase de révolte de passer dans une espèce de phase de dépression, c'est jusque que chez la personne âgée si on... si on ne s'en occupe pas, à mon avis, assez vite, heu, ça a retentissement sur leur état de santé général qui est beaucoup plus catastrophique beaucoup plus rapidement. Parce que si on se retrouve qu'ils se mettent à ne plus manger, machin, qu'ils sont déjà fragiles, on va se retrouver à la catastrophe dans un délai assez court. Les autres on a toujours le temps de les récupérer si on voit effectivement que ça ne s'améliore, qu'ils arrivent plus à s'en sortir, qu'ils sont au fond du trou, que la souffrance augmente, 'fin voilà. Mais du coup, classiquement si ça se passe relativement bien, ces gens vont plutôt mieux, et j'ai tendance systématiquement au bout d'un an d'essayer de réduire de moitié leur traitement sur 3 mois et si ça se passe bien à ce moment-là je continue et je finis par arrêter. Et ça ne se passe pas si mal que ça. Après ça ne résout pas les autres problèmes de souffrance mais c'est un problème souvent où le déclenchement a été réactionnel. C'est vraiment plutôt ce cadre ci, voilà. Après dans les autres cas, on n'a jamais trop envie de les arrêter car on sait jamais trop très bien où on va, et que dans la mesure où il est supporté sans effets secondaires on se dit que ben voilà. Mais d'ailleurs par expérience, quand on fait hospitaliser des gens dans des services de gériatrie,

pour 2 ou 3 raisons et qu'on demande une mise à plat des traitements, ceux-là ne sont que très exceptionnellement enlevés de toute façon et eux non plus ne prennent pas le risque (*rit en terminant sa phrase*)... Et alors c'est un petit peu comme, pour faire un parallèle, c'est un petit peu comme, comme les gens qui était mis avant sous PLAVIX (*clopidogrel*) et KARDEGIC (*acide acétylsalicylique*) après des... et normalement au bout d'un an faut supprimer l'un des deux. Et quand on a commencé à faire ce genre d'intervention, donc on faisait ça, et il arrivait un moment où on disait aux gens, « bon vous savez que ça fait un an et demi que vous bouffez votre truc », on allait dire « mais qu'est qu'a dit, qu'est qu'a dit le cardiologue ? », alors il me dit « mais le cardiologue, il a dit que je voie ça avec vous ». Alors qu'a priori c'est le boulot du cardiologue de dire. Donc on appelle le cardiologue en lui disant « je ne comprends pas bien heu les nouvelles recommandations a priori c'est au bout d'un an, on enlève l'un des deux, là on est à 1 an et demi bientôt 2 ans il a toujours les 2, on fait quoi ? » « Ah oui alors normalement faudrait les enlever mais hum... après on ne sait pas s'il fait quelque chose... » Alors là j'dis « mais attendez c'est une reco ? c'est pas une reco ? 'Fin je veux dire il y a un moment faut », donc ce serait bien effectivement chez les gens âgés une fois que ça va mieux d'essayer de les arrêter. Sauf que moi je pense intimement que... les dépressifs, chez ces gens-là, à part ceux chez qui c'est réactionnel, c'est juste leur fin de vie qui est très compliquée et qui les entraîne dans la dépression, donc si on l'arrête on va retomber dans le même souci et les mêmes raisons qui font que, qu'à un moment ils n'avançaient plus. Du coup je ne suis pas très enclin à les changer ou à les arrêter. Du moins dans ce cadre-là, va-t-on dire.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Alors moi j'utilise le ZOLOFT (*sertraline*) assez volontiers chez les personnes âgées. Et j'utilise aussi heu... (*Réfléchit*) le ...opram (*début du mot incompréhensible*) même si certains gériatres n'aiment pas bien ça. (*Rit*) je trouve que ça fonctionne quand même pas trop mal. Et sinon essentiellement le ZOLOFT, comme traitement pour ça.

Pourquoi vous préférez ça ?

Parce que les gériatres heu... nous disent que c'est celui qui paraît le plus adapté. Sauf que quand il faut l'associer avec d'autres molécules c'est parfois un peu plus compliqué. Donc heu, bon. Mais après on peut utiliser tout ce qu'on veut. Il n'y a pas vraiment de limite. On peut utiliser du SEROPLEX (*escitalopram*). Moi je n'utilise pas d'EFFEXOR (*venlafaxine*) par exemple, pas de PROZAC (*fluoxétine*), du SEROPRAM (*citalopram*), du ZOLOFT oui essentiellement.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ?

Alors il y a des gens qui utilisent de la miansérine, mais moi j'ai (*pas*) trouvé que ça donnait de bons résultats alors je me suis arrêté. J'avais p't être pas fait une série assez longue mais bon (*rit*) et après paradoxalement, je me suis aperçu d'un truc, c'est que quand on mettait les gens sous IBIXA (*memantine*) heu... dans le cas des Alzheimer, des états un peu agités, agressifs et effectivement des fois un peu dépressifs, ça avait tendance à les améliorer. Mais bon ce n'est pas pour autant un antidépresseur. Mais de toute façon moi je ne manipule pas, je fais manipuler par les spécialistes.

Conseillez-vous d'autres thérapeutiques ?

Non.

Pourquoi ?

Bah parce qu'après je ne sais pas... j'essaie de me tenir à ce qui me donne des résultats heu, à peu près corrects et quantifiables. Je n'utilise pas d'autres trucs, je veux dire je ne sais pas. Bah les ... j'ai utilisé pendant très longtemps les ... (*réfléchet*) ça va me revenir. Le traitement des inhibiteurs... (*Silence*) mais bon je trouve que ça ne marchait pas bien non plus donc ça j'en fais pas non plus. Bon cherche pas, ça me reviendra après, je te redirais après.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Ah alors là c'est quand vraiment ils commencent à se dégrader heu, fin quand j'arrive plus à le gérer. Du moment que je n'arrive pas à gérer, si son traitement n'est pas efficace s'il y a d'autres trucs derrière, de toute façon je l'envoie oui effectivement en... en gériatrie pour qu'il soit réévalué au niveau psy et et éventuellement traité. Quand effectivement on rentre dans des... des phénomènes on va dire plus aigus qui à mon avis ne dépendent plus de la dépression d'ailleurs, et ... la dépression dépression, c'est... par vraiment l'échec de mon traitement, où la dépression continue de s'enfoncer visiblement alors que je comprends pas vraiment pourquoi machin, à ce moment-là j'oriente, mais c'est assez exceptionnel. Après c'est toujours parce que, il y a d'autres choses avec ; ce qui fait que pourquoi, peut-être révélées par le traitement quand on le met en place et ce qui fait que du coup on aggrave certaines autres choses ou on révèle certaines autres choses. Mais hum... Mais avec des troubles anxieux généralisés qui aboutissent à des troubles du comportement, agressifs heu, des choses comme ça, là après...

Et plus vers de la gériatrie que vers de la psychiatrie ?

Pff... (*silence*) je vais vous dire. (*Pause*) La psychiatrie, (*silence*) les maladies psychiatriques, a

priori sont fixées avant 90 ans, bien avant même. La plupart du temps elles sont connues, elles se dégradent éventuellement en vieillissant mais on le sait, on est déjà au fait de notre pathologie en question et il y a déjà un suivi, soit par un médecin généraliste d'ailleurs, soit par des psychiatres qui tiennent compte du... gériopsychiatre éventuellement mais voilà. Donc ça moi j'en ai des patients comme ça, j'ai, des pathologies qui ont maintenant vieilles qui maintenant sont vieux, qui ont toujours leur pathologie et alors avec le vieillissement et les trucs qui se surajoutent par-dessus... qui rajoute des dépressions, alors du coup ça devient un peu plus compliqué. Après les troubles psychiatriques psychiatriques à mon avis on n'en a pas, à cet âge-là. On a de la dépression, et après on a tous les troubles cognitifs qui sont liés à la dégénérescence. Que ce soit frontal, pas frontal, à corps de Loewy tout ce que vous voulez heu... heu... Que ce soit les maladies neurologiques avec troubles comportementaux ou dépression comme dans les, les gens qu'ont des Parkinson, 'fin bon voilà. Après c'est c'est autre chose c'est de l'acte neurologique ou après c'est de la dégénérescence avec des troubles cognitifs. Alors ça appartient à la psychiatrie l'Alzheimer mais, hum... c'est plus de la gériatrie dans ce cadre-là. Après vous avez des Alzheimer qui commencent à 50 ans malheureusement, ça va pas s'arranger en vieillissant avec une dépression qui va s'associer heu... donc globalement j'aurais tendance à dire que là du coup c'est plutôt les gériatres, qui sont un peu au, un peu formés aux problèmes de la pathologie psychiatrique de la personne âgée et l'Alzheimer ou un trouble cognitif machin et autre. Vraiment pour moi, j'enverrais plutôt en gériatrie.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée soit différente des autres ?

Elle est différente de l'autre dans le sens qu'on est obligé de tenir compte du contexte familial et de s'adapter au contexte familial. Parce que souvent la personne âgée est isolée. Euh... donc un petit peu compliqué et après c'est variable selon que la famille est proche pas proche, présente pas présente, donc ça modifie considérablement la prise en charge de la personne âgée. D'abord quand il y a une famille très très présente ça permet de mettre en place un système, de structurer qui fait qu'effectivement on peut gérer le passage dépressif et arriver à mon avis à aller à un équilibre suffisamment satisfaisant pour ne pas mettre de thérapeutique en place. Mais ça veut dire que c'est un investissement aussi... je veux dire au niveau des entourants et... donc heu... oui c'est forcément très adapté beaucoup plus que... chez les adultes jeunes même s'il y a toujours un truc autour mais heu, là chez la personne âgée oui c'est très dépendant de ça. On a déjà pour la prise médicamenteuse pour la surveillance des thérapeutiques pour pas faire n'importe quoi, donc déjà ça veut dire qu'il faut les infirmières, faut les

machins. Chez l'adulte jeune c'est ou il se débrouille tout seul, ou vous le foutez en clinique psychiatrique s'il ne peut pas. Je veux dire il n'y a pas, il n'y a pas d'entre-deux. Donc chez la personne âgée c'est beaucoup plus (*rit doucement*) voilà.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Quelles difficultés je rencontre ? (*Fait un bruit ne signifiant aucune ou je sais pas*) l'adhésion au traitement, l'entourage éventuel, heu... c'est tout. Non je ne sais pas, je ne rencontre pas vraiment de problèmes particuliers.

Comment avez-vous été formé concernant cette pathologie ?

Sur le tas. (*Rit*) ça vous va comme réponse ? aahh... non sur le tas. Heu, alors bon. N'exagérons pas. J'ai participé à 2 3 EPU (*enseignements post universitaires*) heu, sur la prise en charge de la dépression chez l'adulte jeune, chez la personne âgée chez... machin chez truc, enfin bon. Mais grosso modo non oui voilà on apprend sur le tas oui. Fin... on voudrait de plus en plus que la médecine rentre dans un cadre strictement scientifique heu... tac tac j'ai mis des notes donc c'est ça, et c'est rien d'autres et si ça ne marche pas tant pis pour vous, j'y peux rien, j'ai mis que c'était ça. Alors... hum... elle est en revanche beaucoup plus complexe que ça et, et que du coup tous ces systèmes ne peuvent être que des aides et en aucun cas effectivement un décisionnel thérapeutique sinon à mon avis ça doit être assez dangereux comme truc. Donc il s'avère que quand vous commencez à travailler vous vous retrouvez au départ très désemparé parce qu'effectivement vous ne connaissez pas ça très bien ou par cœur donc au début effectivement vous avez tendance à vous entourer et vous avez tendance à envoyer chez Pierre Paul Jacques pour savoir un petit peu comment on fait. Bon maintenant vous avez déjà commencé à travailler, ça fait déjà 6-7 ans que vous êtes sur le tas et que vous voyez ce que font les spécialistes et qu'éventuellement vous commencez à voir comment ça se passe, vous commencez à vous faire une petite idée de la manière dont effectivement c'est géré. Après vous allez dans 1 ou 2 formations, dans un truc de formation sur votre secteur, ils font venir des intervenants un cardio un truc un psy un machin. Après on lit hein aussi, on se tient au courant d'un certains nombres de trucs. Moi je commence à avoir du mal à la lecture parce que maintenant je, je trouve que justement tout est de plus en plus, complètement lissé sur tous les bords... (*rit*) laisse plus libre choix. Et et voilà. Et à partir de là vous, vous commencez à faire vos propres expériences parce que vous êtes amené du coup à utiliser des thérapeutiques, à les faire, à les gérer, à les suivre et qu'y a un moment bah voilà. Vous finissez par les

gérer par les suivre et puis vous finissez par vous apercevoir qu'effectivement vous finissez par gérer un certain nombre de trucs comme ce qu'on a du vous apprendre, ou vous dire ou vous faire ou vouloir faire et puis il y a des trucs que vous finissez par modifier comme moi j'ai arrêté la miansérine parce que je suis désolé mais moi j'ai fini par comprendre qu'on y arrive pas, et qu'au bout de 3 mois on est toujours dans la même panade et qu'on a rendu service à personne. Donc voilà. Mais après ça m'est propre, il y a peut-être des gens qui trouvent que ça marche très bien, j'en sais rien, c'est peut-être la manière de la donner, je vous dis... Parce que je pense qu'après il y a aussi toute cette dynamique-là qui est que d'abord un traitement il faut qu'il soit pris, il faut qu'il soit accepté, faut qu'il soit compris et pour ça il faut d'abord expliquer. Et que les gens aient compris pourquoi on le fait. Sinon ça ne marche pas très bien. Donc voilà, mais heu... Après régulièrement vous savez on apprend des trucs, à faire des échelles de... ce que vous voulez pour savoir si, quel degré de dépendance, (*marmonne de façon incompréhensible*), et si et ça, maintenant on n'a plus que ça, on n'a plus que des échelles. (*Long silence*)

Vous pensez quoi des échelles ?

Je pense que c'est bien pour les gens qui font de la recherche pour essayer d'évaluer et pour pouvoir effectivement colliger et se faire des tables de résultats. Mais je pense qu'après ça ne peut servir qu'à donner une indication mais en aucun cas à devenir une pratique qui détermine ce qu'on doit faire. Hors ce qui me... m'interpelle un petit peu c'est que j'ai le sentiment petit à petit de mettre en place de plus en plus ce type de système, c'est-à-dire qu'en gros on va finir par informatiser même la dépression. C'est-à-dire avoir un questionnaire sur le logiciel qui va nous dire « vous vous êtes dépressif » « vous il faut prendre de l'EFFEXOR ». (*Rit*) sauf que je croie que ce n'est pas forcément comme ça que ça marche. Parce que pour vous poser une question toute bête, c'est comme quand vous faites des trucs dans Elle (*magazine féminin*) pour savoir si vous êtes amoureuse transis amoureux explosive, si vous étiez un animal si vous étiez un machin un truc, et vous ne trouvez jamais ce qui vous va de toute façon. Donc à un moment il faut répondre un truc donc vous répondez un truc mais ce n'est pas vrai. Et ça vous pouvez le faire que si vous avez des questions ouvertes. Hors tous les tests ne sont que des questions fermées. Ça ou ça, Ça ou ça, Ça ou ça, Ça ou ça et je note les points à la sortie. Et à partir de là je décide, hors c'est pas du tout ça la souffrance la dépression le machin tout ce que vous voulez, il faut que ça soit exprimé, faut que ce soit dit, il faut que ce soit rattaché à quelque chose. Quand vous demandez juste la question comme ça, on vous dit « bah oui, oui effectivement oui ça va pas » et finalement quand vous en discuté vous vous

apercevez que finalement ce n'est pas tellement que ça va pas mais que le problème, il n'est pas vraiment là il est plutôt ailleurs mais heu... donc, je conçois que les gens mettent ça au point pour faire des études à grande échelle, oui très bien. Quand on interroge 20 millions de français et on dit à la sortie il y a 15% de dépressifs voilà. Ou on fait le truc et on dit il y a 40% ou 50% de gens qui dorment mal en France. Voilà. Et je ne suis pas persuadé qu'il y ait 50% de gens qui dorment mal en France, voilà. Les gens qui dorment mal c'est des gens qui sont fatigués dans la journée et qui sont pas capables de faire ce qu'ils font, après s'ils dorment 3 fois en 3 heures, s'ils dorment profondément, s'ils sont en pleine forme le matin et que et que, ils vont bien se coucher au lieu de se lever à 7h je ne vois pas où est le problème. Donc voilà. C'est un outil, le problème c'est qu'il ne faudrait pas que ça devienne le... principal quand même.

On parlait des formations, pensez-vous que vous êtes suffisamment formé ?

On l'est jamais suffisamment. C'est juste qu'en médecine générale faut se former à tout. Alors ça fait beaucoup de choses. Donc on ne pourra jamais tout faire où alors ça prendra un temps fou et à ce moment-là on va y passer sa vie. On passe déjà une bonne partie de notre vie dans notre cabinet, fin au moins les gens de notre génération, on ne sait pas ce que sera la suivante. On a l'impression déjà qu'y se protègent déjà quand même beaucoup plus. (Rit) donc il y aura déjà peut-être un plus de temps le soir pour faire des formations, ou des samedis ou des ... Moi quand j'ai commencé mon exercice, je travaillais du lundi matin jusqu'au samedi à 15h, on m'appellerait le soir sur mon téléphone et ça sonnait chez moi, et... on prenait des gardes en permanence et on se déplaçait. Et assez chargées. Donc je conçois qu'on s'organise un petit peu et que les maisons de garde c'est bien. Et que les gens se bougent un petit peu c'est pas mal. Donc aujourd'hui je travaille plus le samedi parce que depuis 5 ans c'est bon, j'ai accepté que j'avais assez donné. J'avoue que c'est bien confortable et je dois dire je travaille même plus le lundi vous voyez parce que je dois dire que je suis en train de préparer ma retraite et bah c'est très très confortable aussi. Mais c'est vrai que quand vous avez fait votre journée de boulot complète et qu'il faut le soir aller se taper encore une formation c'est un petit peu compliqué. Alors après on peut fermer un jour par semaine et puis s'en servir pour se former, mais c'est juste que... ça va finir par générer quand même un conflit majeur, c'est qu'on pense qu'il n'y a déjà pas suffisamment de médecins, que vous allez en avoir de moins en moins et que si effectivement vous travaillez tous un jour en moins dans la semaine où vous travaillez pas, ça va être un peu plus compliqué. (Rit) donc je ne sais pas où vous trouverez le temps de vous former. Mais il y a un moment je trouve où il faut le faire pour tout et oui

c'est compliqué. Très compliqué. Moi je suis allé effectivement à un certain nombre d'EPU sur la psychiatrie, sur les violences conjugales, sur la victimologie, sur la situation de la DMR dans les traumatismes ou ... psychiatrie du sujet âgé. Seul truc chez les personnes âgées c'est les paranoïaques, il y en a qui sont complètement parano, c'est complètement dramatique, tous les aidants leur vol leurs affaires, fin pff, c'est... un peu compliqué mais voilà. Mais oui bien sûr, mais on se forme jamais assez et après... 1 on se forme jamais assez 2 ce n'est pas toujours facile de trouver la formation qui nous convient. Parce que faire une formation en psychiatrie qui soit de la psychiatrie de haut vol, c'est très intéressant pour les psychiatres mais ça l'est un petit peu moins pour nous. C'est se mettre beaucoup de truc dans la tête pour pas forcément en faire grand-chose. Parce qu'on ne va quand même pas devenir psychiatre. Donc après l'intérêt c'est vraiment les formations qui nous permettent surtout effectivement de savoir quand même quelles thérapeutiques on peut manipuler sans trop de soucis. Comment éventuellement les dépister, car je pense que c'est quand même surtout notre boulot au départ, c'est déjà ça. Ensuite d'essayer de les traiter et si ça nous échappe d'essayer de passer la main, et dans les formes très graves de passer la main tout de suite. Mais exactement dans toutes les pathologies, je veux dire notre boulot c'est c'est dépister le cancer du sein, une fois qu'on a fait le diagnostic, c'est de trouver le chirurgien pour l'opérer et puis tout de suite l'oncologue et le radiothérapeute mais ce n'est pas nous qu'allons faire la radiothérapie ni l'oncologie. Moi jusqu'à maintenant je me mettais au courant de tout ce qui était oncologie, parce qu'on avait un nouveau traitement tous les 6 mois et maintenant non. Aujourd'hui il y a un nouveau traitement tous les mois. Puis ça va même plus vite que ça parce que les traitements en plus les voies, les voies injectables les voies transporteurs, néo transporteurs, fin machin, bah j'arrive plus à suivre. Ça devient très compliqué. Donc du coup aujourd'hui ma formation par rapport à ça je la fais au jour le jour quand les patients viennent et que j'ai le courrier et que j'ai le nouveau protocole. Donc y a ceux que je connais les FOLFOX les machins mais bon on vient d'en sortir un autre NEVASTA machin je sais pas quoi... bon après je sais où aller chercher l'info, pas de problème, ma formation je la fais là après, je vais sur scholar et puis heu je vais bricoler, je vais voir un peu ce qu'il en est, depuis quand ça s'utilise, ce que ça fait, les effets secondaires les machins pour pouvoir gérer effectivement le traitement, mais j'arrive plus effectivement à suivre. Quand j'ai commencé c'était simple le 5FU (5 fluorouracile), le nanana, le machin, c'était simple c'était facile, bon ça marchait pas toujours très bien. Aujourd'hui ça va trop vite.

Pour la dépression de la personne âgée aujourd'hui vous avez du mal à trouver les informations. ?

Ah non, pour ça non, mais je vous dis la médecine, la formation devient plus, de plus en plus complexe et prend de plus en plus de temps.

D'accord

Ah non pour la dépression de la personne âgée sûrement pas. Et puis j'ai 2 3 correspondants, Dieu merci, en psychiatrie que je connais très bien et que si vraiment je leur téléphone parce que vraiment besoin d'avoir un avis un peu rapidement, j'arrive à avoir un avis assez rapidement. Mais parce que je suis encore bien privilégié. Puis parce que je les connais depuis 30 ans, sinon c'est compliqué.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la dépression de la personne âgée ?

(Silence) Alors ça dépend de toute façon de la situation dans laquelle la personne âgée est, si elle est effectivement très entourée, encore dans un milieu familial très classique comme il y a encore un siècle ou il y a 3 générations c'est, c'est assez simple à faire. Si elles sont isolées c'est déjà en ayant des aidants ou des soignants qui soient là et de manière régulière. Pour pouvoir effectivement gérer le truc. Après moi je pense que pour beaucoup ça passe essentiellement par des institutionnalisations, alors en disant ça aux familles, des fois très compliquées. Mais c'est quand même aussi l'isolement qui fait que la personne âgée déprime. Moi je vais vous expliquer un truc, mes plus grosses dépressions chez les gens âgés relativement valides qui vont relativement bien, c'est quand les enfants qui trouve que ça commence à être chiant de faire 300km pour aller voir les parents disent la mère elle vieillit, ce n'est pas bien, je vais la rapprocher comme ça je pourrais m'en occuper. Et elle sera à côté. Donc ils la font venir, ils prennent un truc en maison de retraite... et vont jamais les voir. Parce qu'ils sont à côté, donc ils peuvent y aller quand ils veulent, mais du coup ils n'y vont pas, et quand ils y vont, ils passent ils disent « bonjour t'as besoin que je te ramène quelque chose ? » ils leur font 2 bises et ils redescendent, ils repartent et puis leur montent leurs bouteilles de verre, leurs bouteilles d'Evian ou leurs bouteilles de machin. Quand ils y allaient qu'il faisait 300 bornes, ils y allaient peut-être que tous les 3 mois mais ils y passaient 2 jours. Là, la fréquence est pas la même et la personne âgée qui était là-bas avait des amis sur place ou des gens qu'elle connaissait. Quand ils l'ont amené là, il y a plus personne. Donc il y a une rupture de l'entourage, des amis, des copains, voilà et finalement la famille y va pas plus souvent et leur demande pourquoi elle est là et elle est en déprime. Et ça je vous garantis que c'est terrible. Et c'est systématique hein. Et ... là il faut vraiment l'écouter et tout de suite et pas dans... et puis après il faut leur expliquer et après il faut choper la famille et il faut expliquer à la famille et ça se fait pas de rapprocher les gens pour les avoir sous la main pour s'en occuper et juste pour juste aller leur dire bonjour

parce que c'est pas ça la relation. Par contre, chez des gens qui sont effectivement isolés qui n'ont plus de contact avec les amis à l'extérieur ou parce que justement parce que eux commencent par rentrer dans l'invalidité, qu'ils sont très isolés avec des familles pas forcément hyper présentes ou pas forcément à côté, à côté. Il y a un moment où l'institutionnalisation, si elle est faite suffisamment tôt, est intéressante, parce que c'est des gens qui peuvent quand même encore avoir un minimum d'activité et du coup qui peuvent s'intégrer dans un groupe et peuvent faire encore à un certain nombre de choses. Jouer aux cartes, faire du scrabble, pouvoir avoir quelqu'un avec qui discuter heu... et pas se retrouver tout seul devant sa télé justement à attendre des journées entières à attendre juste l'infirmière le matin et ... mais des fois on se heurte à des oppositions des familles. Et on peut les comprendre aussi, il y a des raisons financières parce que là encore ça coûte cher hein, mais du coup heu... parce que c'est ça qui crée la dépression chez les personnes âgées, souvent c'est la solitude. Donc heu, compliqué. Voilà. Mais... après faut juste être présent tout le temps.

10.7. Entretien 7

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Comment je définis une personne âgée. Difficile comme question. Heu... bah déjà un certain âge, mais heu, c'est vrai, on va dire que je fixe à partir de 70 ans. 70-75 ans et puis après ça dépend aussi de de l'aspect de la personne, de sa dépendance, de sa mobilité de son état cognitif et puis du nombre de pathologies aussi, même si c'est pas forcément lié à l'âge, mais selon les pathologies, on considère lié à l'âge... Donc c'est vrai que je la vois plus dans un ensemble avant de parler de personne âgée et avant de regarder l'âge, même si, j'ai en tête un âge de 70 -75 ans mais qui est plutôt subjectif en effet. Donc ça c'est ...plutôt ça se... c'est plutôt un ensemble de ... une vue d'ensemble de la personne, du patient.

Qu'évoque pour vous la dépression ?

Heu pour moi la dépression c'est surtout une tristesse, un isolement et une perte d'envie, une perte d'élan vital.

Comment la définissez-vous ?

Je la définie oui principalement par la perte de plaisir et d'élan vital.

Qu'évoque pour vous une personne âgée qui parle de la mort ?

Ah ça dépend comment elle en parle. *(Sourit)* Donc heu... c'est vrai que... ça va évoquer quand même un

début d'abandon heu... de, de sa vie passée. Après il y a des personnes qui l'évoquent avec peur et d'autres qui l'évoquent avec heu heu comment dire... heu, en se disant qu'il y a plus rien à perdre, que leur vie est finie et que ça viendra quand ça viendra, avec sans forcément de tristesse. Donc des fois, donnent moins l'impression d'évoquer la dépression mais c'est vrai que c'est parfois un peu camouflé.

Nous allons maintenant passer à des questions plus générales concernant la personne âgée dépressive.

Oui

Comment repérez-vous la personne âgée dépressive ?

Alors ça va dépendre du contexte, donc c'est vrai que souvent c'est plus heu l'environnement, l'entourage. Heu pour la personne âgée, alors pour ma faible expérience, parce que moi je suis installé que depuis 1 an ½. Et heu si j'ai fait des remplacements, heu c'était quand même, j'avais pas encore beaucoup de suivi de personnes âgées et, et des di... et pas forcément assez de recul vis à vis de ces patients. Donc là c'est vrai que depuis 1 an ½ je me rends compte que c'est surtout évoqué par l'entourage, entre autres en maison de retraite par le personnel, par la famille du coup, quand ils sont accompagnés, ou la famille qui va appeler, mais beaucoup plus rarement par la personne elle-même. C'est vrai que c'est des personnes qui vont pas forcément se plaindre, et heu, il faut creuser des fois pour, pour réussir à l'évoquer.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Alors pas chez la personne âgée, rarement, rarement. C'est vrai que chez les personnes hum... on va dire oui, chez les personnes qu'ont un bon état cognitif où tout va bien ou qui se rapprochent beaucoup de la personne non- âgée, qui a peu de pathologies avec qui on peut bien discuter. Heu je vais essayer d'utiliser les échelles qu'on j'utilise habituellement. Heu... après voilà chez d'autres personnes ça va être plutôt par rapport à l'évocation de l'entourage, heu, la perte de motivation, la perte d'élan, la perte de stimulation, la perte d'appétit aussi beaucoup, chez la personne très âgée et dépendante. La perte d'appétit est un signe qu'on prend en compte qui... qui permet d'évoquer la dépression souvent.

Quelles échelles utilisez-vous ?

L'échelle d'Hamilton principalement. Uniquement même je dirais même, moi j'utilise que celle-là. Plus ou moins parce que c'est la seule que j'ai appris à utiliser et que j'utilise plutôt inconsciemment quand je pose mes questions. Je veux dire, je la prends pas forcément point par point, mais c'est des points que j'ai en tête et que, et que j'utilise sans forcément faire une cotation, voilà, j'utilise les questions principalement.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez la personne âgée ?

En les interrogeant, au départ, ou en fonction justement de l'entourage et du, ou de l'évolution sur un certain temps. C'est vrai que si la personne est dans un, si c'est une personne qui est dans un, dans une maison de retraite, qu'elle est bien entourée, qui elle ne décrit pas forcément de dépression, ou de signes particuliers. Je vais plutôt suivre l'évolution au fil du temps, heu d'après ce qu'on me décrit. Alors là, différents critères, que ce soit le contact avec l'entourage, heu le plaisir, l'envie de faire des choses, l'appétit donc comme je disais, le les repas, et puis le contact avec les autres, l'envie de sortir, l'envie de faire des choses. Donc qui va soit être décrit par la pati...le patient, la personne âgée, soit par son entourage. Donc la plupart du temps c'est quand un même un certain nombre de consultations. Et les personnes qui d'elles-mêmes décrivent bien les choses, ça va plutôt être un questionnement comme l'échelle d'Hamilton justement, en utilisant un outil diagnostic.

Pour vous quels sont les signes de gravité chez une personne âgée dépressive ?

Le le glissement total. L'abandon total d'activité de... de, d'appétit. L'arrêt de l'alimentation quand même très très important, qui est un signe de gravité important. Plus que le reste, parce qu'il y a quand même moins d'évocation, moins de gestes déjà, j'ai pas de notion moi chez mes personnes âgées, de gestes ou de pensées suicidaires. Donc après c'est plutôt un abandon de l'alimentation des traitements ou des soins tout simplement. Des fois aussi le contact avec l'entourage, mais c'est plus rare quoi, dans mon expérience.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Heu, justement dans ces arguments de gravité, sur principalement l'alimentation, la dénutrition. Ou l'arrêt des traitements, le refus total de soins, principalement.

Vous m'avez parlé de gestes suicidaires, que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

Bah, plutôt une inconnue, parce que j'ai pas, j'ai pas d'expérience de suicides de la personne âgée. Pour moi c'est plutôt inconnu oui.

Vous n'avez jamais rencontré cette situation ?

Jamais rencontré cette situation, jusqu'à maintenant. Même une situation proche ou avec des doutes, pour le moment j'ai jamais eu cette situation. On m'a déjà rapporté, suite à des entretiens avec des psychologues, des psychologues m'ont rapporté des, des idées noires, heu, de certains patients, mais heu jamais d'idées vraiment suicidaires ni de gestes

décrits même si ça avait pas été heu découvert ; j'ai pas de notions moi dans mes patients de, d'actes suicidaires ou même d'idées construites suicidaires de personnes âgées. Donc pas d'expériences à ce niveau-là. Voilà, pas franchement.

On va s'intéresser à présent au traitement de la dépression. Selon vous, quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Bah je pense qu'on a une place importante parce que chez ces personnes-là qu'ont pas beaucoup de suivi ou autre, heu, et je pense qu'on a une place aussi pour cadrer les choses avec l'entourage, pour avant tout, avant de passer à des traitements médicamenteux, essayer de stimuler l'entourage à comprendre et à faire ce qu'il faudrait pour limiter l'évolution.

Comment effectuez-vous le suivi des traitements ?

Le suivi des traitements. Alors bah y va y avoir des biologies des prises de sang, et puis une surveillance heu... avec interrogatoire, alors toujours pareil, de l'entourage si, si les personnes n'expriment pas franchement les choses, ou de la personne quand elle exprime bien, sur l'évolution.

Comment réadaptez-vous les traitements ?

Heu, bah si c'est un traitement médicamenteux bah ça va être la modification soit du dosage soit de la molécule selon l'efficacité ou la le manque de tolérance. Et si on a réussi ou plutôt si on a débuté en tout cas c'est souvent le cas un traitement comportemental ou par accompagnement, par psychologue ou l'entourage, heu par stimulation des activités, bah voir si ça suffit et sinon l'apport d'une molécule antidépresseur.

Qu'est-ce que vous appelez un traitement comportemental ?

Heu, donc plutôt de la stimulation, proposer des activités, proposer heu un accompagnement avec d'autres personnes, avec un soutien un heu... de la communication, donc ça peut être par l'entourage familial ou soignant, ou carrément des consultations avec des psychologues. C'est parfois même des soignants qui n'ont rien à voir comme des kinés (*Kinésithérapeutes*), des infirmières, des aides à domicile si c'est à domicile, pour faire voir un peu de monde pour parler, pour éviter l'isolement.

En pratique, vous arrive t'il d'arrêter des traitements ?

Oui.

Pourquoi et comment ?

Alors du coup en tant que nouveau médecin traitant pour beaucoup de patients bah quand je découvre des traitements au long cours, on essaie. Les patients qui ont des traitements juste parce que on leur a prescrit

un jour et qu'on leur a jamais arrêté, qu'on les a jamais vraiment réévalués. Donc quand j'estime que c'est plus, pas forcément nécessaire, en accord avec le patient ou du patient dans des états cognitifs qui sont plus capables de communiquer là-dessus, ça m'arrive régulièrement d'essayer d'arrêter en effet.

Et comment vous les arrêtez ?

Heu, ça va dépendre du traitement et du dosage. Souvent progressivement et des fois brutalement quand il y a des tous petits dosages, ça peut arriver. Ou des patients qui me disent qu'ils le prennent pas toujours, ça arrive. C'est vrai que quand l'observance n'est pas là, en général c'est un arrêt immédiat.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Heu principalement les IRS (*inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine*) comme le citalopram ou l'escitalopram, c'est que c'est les molécules que j'utilise en première intention et c'est rare que, que je passe à autre chose. Parfois la MOCLAMINE (*moclobémide*) dans certains cas, parce que on m'avait, parce que des gériatres m'avaient bien, m'avaient dit que c'était assez bon pour stimuler l'appétit. Donc c'est vrai que dans le cadre du manque d'appétit, de perte d'alimentation ça m'arrive d'utiliser celui-là, avec parfois une très bonne efficacité en effet là-dessus.

Lesquels préférez-vous finalement ?

Bah c'est ceux-là, c'est principalement l'escitalopram, le SEROPLEX, et la MOCLAMINE dans certains cas.

Pourquoi ?

Bah pour la tolérance principalement, et, sur ma faible expérience d'une assez bonne efficacité, un bon retour.

En pratique connaissez-vous d'autres types de traitements ?

Que les traitements médicamenteux ?

Oui

Bah autres que médicamenteux c'est plutôt la psychothérapie ou, ou des suivis avec des psychologues, mais, j'ai pas une grande expérience. Mais après des vrais psychothérapies mises en place chez la personne âgée, pour le moment j'en ai pas vu vraiment.

Est-ce que c'est quelque chose que vous conseillez ?

Oui. C'est quelque chose qui me paraît plus... essentiel en tout cas plus important à mettre en œuvre que les traitements médicamenteux en première intention, dans beaucoup de cas. Mais comme je

disais, on arrive souvent à faire des choses avec la famille et les soignants et de plus en plus dans les maisons de retraite y a quand même des activités beaucoup de choses qui sont, qui permettent des fois de... de limiter... la prise en charge médicamenteuse.

Pourquoi des fois ça devrait être mis en place plus tôt que des traitements médicamenteux ?

Pour éviter le... le risque d'effets secondaires, de dépendance et puis d'en rester là, de se dire bah y a un traitement et ça suffit. Souvent c'est pas ça le principal et ça suffit pas.

Dans quel cas orientez-vous votre patient vers un psychiatre ?

Heu... c'est rare. J'avoue que c'est rare. Ça va être surtout, surtout des demandes du patient. Des patients qui... je pense... ne le demandent parce qu'ils se sentent pas forcément bien avec moi, ou parce que ils ont peur de l'utilisation des médicaments et qu'ils veulent se rassurer et qu'ils estiment qu'ils ont besoin d'aller voir un psychiatre. Ou alors des patients qui, à qui je vais le proposer parce que je sens que la communication n'est pas bonne, que l'évolution n'est pas bonne avec ce qu'on a essayé, et que du coup, je pense que le soin n'est pas correct, la relation médecin-malade ou l'évolution. L'évolution me semble pas bonne et du coup, je laisse la main plutôt au psychiatre.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Alors parfois l'observance, quand c'est des patients qui sont livrés à eux-mêmes, quand on n'a pas d'infirmière pour le vérifier. Heu, des fois l'évaluation, quand on n'a pas d'entourage, c'est vrai que chez la personne âgée c'est plus, souvent plus difficile à réévaluer derrière. Et puis dans certains cas, la mise en place d'un ... d'un accompagnement justement par l'entourage, quand on n'a pas assez de soignants, pas assez de famille. Principalement.

Comment avez-vous été formé concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Alors comment j'ai été formé, j'ai été formé lors de mes stages, gériatrie surtout lors de mon externat, parce que j'en ai pas fait lors de mon internat. Donc après ça a plutôt été des cours de médecine générale, qui étaient pas forcément adaptés à la personne âgée. Donc heu, plutôt après une expérience personnelle... au fur et à mesure. Et pas de formation spécifique à la personne âgée, c'est vrai, pas plus que ça.

Ces formations vous semblent-elles suffisantes ?

Non, je pense que... au niveau psychiatrie et dépression, on manque un peu d'obligation de

formation. Et c'est vrai qu'au niveau de la personne âgée, c'est encore plus faible, à mon avis, dans nos obligations en tout cas.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer cette prise en charge ?

Et ben, justement avoir peut-être une formation un peu plus heu importante au niveau de la psychiatrie, de la dépression et du coup de la dépression de la personne âgée. Et puis heu... Bah se former par les formations obligatoires, et là c'est vrai, il faut... peut-être pousser un peu plus sur la personne âgée vu qu'on en a beaucoup en tant que médecin généraliste, la plupart du temps en tout cas. Et peut-être plus de conseils auprès des gériatres en cas de difficultés.

Vous avez du mal à obtenir des conseils ou c'est... ?

Non c'est vrai que j'ai eu nécessité, pour certains types de patients, ça m'est arrivé d'avoir à contacter des gériatres et on a de plus en plus de numéros et d'équipes mobiles de gériatrie, donc ça c'est bien bien pratique pour avoir des conseils et pour avoir même des évaluations, si c'est nécessaire, donc là j'avoue... heu je sens qu'on a des possibilités de contacts assez faciles en cas de besoin. En tout cas par ici.

10.8. Entretien 8

Je vais d'abord commencer par des questions d'ordre général. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Une personne âgée ? bah en fonction de l'âge. Déjà. En fonction de l'âge. Il vous faut un âge ou heu... non en fonction de l'âge. Principalement et puis après en fonction de son état psychologique et physique. Voilà.

Pour vous il y a un âge charnière ?

Non ? Non non. Bon y a un âge un peu légal, on va dire un âge un peu légal, mais autrement non. Ça va dépendre après à quel âge on devient âgé, mais ça ça peut être variable mais maintenant je dirais, ça recule ! l'âge ça recule pour moi maintenant j'dirais bien ... bon 80, 80 ans. Mais ça peut être très variable, très très variable. Bon.

Que pensez-vous de la dépression ?

Rien de bon. Rien de bon de la dépression. Difficile, c'est difficile. Difficile à diagnostiquer déjà, difficile à traiter. Voilà. 'Fin compliqué. Compliqué.

Comment la définissez-vous ?

(Pause) bah ça alors, ça peut être très, il y a des définitions théoriques. Pour moi c'est quelqu'un qui ne fait plus, qui ne fait plus ce qu'il faisait avant, qui a une perte de ce qui lui faisait plaisir avant et tout

ce qui lui faisait plaisir avant qu'il ne fait plus, une perte de l'élan vital. C'est plus sur ces notions-là la dépression.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

Bah c'est normal, pour moi (*rit*). C'est normal on sait que ça se rapproche. L'angoisse de la mort... ça m'énerve un peu aussi...

(Le téléphone sonne mais il ne répond pas) C'est à dire ?

Ça m'énerve un peu. Bah ceux qui parlent de la mort c'est ceux qui disent "on aimerait bien mourir on en a ras le bol" alors qu'ils sont en pleine forme (*rit*) donc voilà de ce point de vue-là, c'est un peu énervant. Mais ils en parlent pas, pas si volontiers que ça de la mort en fait. Parle de la mort... en fait j'élude le problème. Je leur dirais presque que ça m'intéresse pas. De toute façon c'est inéluctable. Une personne âgée qui parle de la mort pour moi ça me paraît aussi normal de toute façon plus on vieillit plus on se rapproche. Autant quelqu'un qui meurt à 50 ans ou 40 ans c'est du gaspillage, mais quelqu'un qui meurt à 80 85 ans de toute façon c'est inéluctable. Autant pas en parler à la limite. Ça viendra quand ça viendra. Voilà.

Nous allons à présent passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive.

Oui.

Comment repérez-vous la dépression de la personne âgée ?

En fait heu... d'abord ça se voit. Ça se voit, j'ai pas besoin de la repérer ou de la chercher, ça se voit en fait hein. Une personne âgée bah c'est particulier mais est-ce qui peuvent, mais est-ce que c'est pas, est ce que ça va pas avec l'âge en fait un peu la dépression ? Est-ce que c'est pas quasiment un peu obligatoire ? Le fait d'être âgé et tout on sait pertinemment que ça va mal se finir, et tout heu... Donc voilà bah repérer bah c'est ce que je vous disais tout à l'heure c'est quelqu'un qui a plus le goût de faire les choses, qui se, qui voilà, qui a plus le plaisir de se lever le matin, éventuellement qui se plaint, qui a beaucoup de plaintes, voilà. Puis qui reste un peu confinée chez elle voilà, un changement peut être de comportement voilà, un changement de comportement par rapport à ce qu'il faisait d'habitude. Et puis bah l'interrogatoire en voyant comment il se comporte et tout, c'est un ensemble de petites choses. La dépression c'est un vaste concept, c'est un vaste problème hein.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non.

Pourquoi ?

Non. Parce que, parce que je pense pas que, parce que j'en n'ai pas besoin en fait. Nous on va pas, si vous voulez, on n'est pas, heu... on va pas chercher, on n'est pas dans le diagnostic précis, on n'a pas besoin, j'estime, 'fin autant peut être pour quelqu'un de plus jeune, mais bon quelqu'un qui est déprimé en 2 3 questions, et puis il le dit en fait, il le dit. Et puis après si c'est caché bah on le cherche, mais est ce qu'on a vraiment besoin d'une échelle ? Heu, je pense pas. C'est pas indispensable quoi. C'est pour ça que j'en utilise pas, on le voit très bien, ils le disent. On le sent très bien.

Comment faites-vous le diagnostic de la dépression de la personne âgée ?

En la voyant, en l'interrogeant, en la voyant. Voilà. J'ai pas, si vous voulez j'ai pas de critère diagnostic comme pour le diabète une prise de sang effectivement mais c'est, voilà. Mais ça reste un concept un peu vague la dépression, et on peut mettre beaucoup de choses dessous. Ça peut être de l'anxiété, ça peut être beaucoup de choses.

Utilisez-vous des outils ou des échelles.

Bah non mais c'est la même question ça.

Oui c'est la même répétée. Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Bah oui. Toute maladie grave déjà. Toute maladie grave qui entraîne une perte d'autonomie que ça soit physique ou surtout tout ce qui est troubles cognitifs et tout. Il y a une période où le patient en a conscience que ça le déprime c'est sûr ça. Et puis tout ce qui est perte d'autonomie physique oui effectivement. Une arthrose importante, une pathologie cardiaque, tout ce qui, tout ce qui ne permet plus faire ce qu'il faisait avant : de sortir faire ses courses, voilà. L'isolement, quand il commence à s'isoler, quand ils sont tout seul chez eux toute la journée.

Quels sont les signes de gravité de la dépression chez une personne âgée ?

Les signes de gravité... bah de toute façon c'est déjà grave, mais de gravité bah c'est un peu comme, bah c'est pareil qu'un sujet jeune quoi, bah finalement c'est difficile à voir on peut pas tellement s'en apercevoir en fait des signes de gravité. Heu... bah c'est quelqu'un qui bougerait plus du tout, qui mange plus, enfin c'est un stade au-dessus quoi. Plus plus dans son, plus dans un comportement physique peut-être chez la personne âgée, qui s'isole qui bouge plus, qui mange plus des choses comme ça. Et puis après y a tout le, tout ce qui raconte tout le discours, mais c'est un discours qui est tellement fréquent quand les gens vieillissent. Ça veut dire qu'ils en ont ras-le-bol de vivre et tout que c'est difficile de faire la part des choses entre ce qui est dit sous forme de

boutade et ce qui est dit qui est une véritable dépression quoi. Mais des signes, j'ai jamais été confronté à des signes de gravité. J'ai jamais hospitalisé quelqu'un comme ça pour ça.

Alors on y vient, sur quels arguments feriez-vous hospitaliser certains patients ?

Bah plus sur des, plus sur une conduite abandonnique quoi. Plus oui chez quelqu'un bah qui se qui se laisse mourir, oui une personne âgée qui se laissera mourir, une personne âgée qui ne mange plus, voilà oui c'est ça surtout ; qui s'alimente plus, voilà, qui bouge plus, qui est isolée, des choses comme ça. Ça a plus, je pense que ça a plus un retentissement physique pratique chez une personne âgée. Pour une hospitalisation. C'est un mélange, c'est un mélange, c'est à dire que chez la personne âgée la dépression rentre dans un mélange de plusieurs choses. Une pathologie physique, une pathologie cognitive par rapport à quelqu'un de plus jeune, quelqu'un de 50 ans qui peut être que déprimé parce qu'il a perdu son boulot, tandis que pour une personne âgée ça intervient dans un contexte plutôt quand même, où il y a plusieurs choses, la dépression fait partie d'autres choses.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

Le suicide de la personne âgée, bah comme le suicide, comme, comme le, comme le suicide de la personne plus jeune hein... Je pense qu'il y a une part de fatalité, qu'on n'empêchera jamais. C'est comme ça, qu'on n'empêchera jamais. Pour moi ça m'évoque la même chose que, qu'un suicide de quelqu'un de plus jeune. Ça fait partie d'une grande maladie un peu, ça fait partie de quelque chose qu'on peut tenter de limiter mais qu'on n'arrivera jamais à éliminer totalement quoi. C'est pas possible. Bon j'y ai jamais été confronté, donc je peux pas bien... Est-ce que c'est fréquent, est ce que c'est rare, est ce que c'est caché... oui ça peut arriver mais bon. Mais du moment que ça se produit pour moi c'était inévitable. C'est que c'était le bout de la route, c'était inévitable.

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression de la personne âgée. Selon vous quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Quelle place a le médecin généraliste, et ben c'est nous le premier, le premier interlocuteur. Je veux dire bah c'est nous qui éventuellement la repérons, pour lancer les choses. Et puis après ça dépend de, d'où ça vient quoi. Mettre des aides en place, éventuellement faire un traitement, voir la famille, des choses comme ça. Alors commencer à organiser les choses autour du patient, et puis après bah passer la main, si, si il faut. Mais c'est nous, c'est nous le premier interlocuteur en fait. De ça. La prise en charge un peu globale au départ, mettre en place ce

qu'il faut. Pas forcément un traitement et puis un traitement s'il faut après. Voilà.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

Bah par des consultations systématiques, déjà. Et puis par la famille, et puis par les aides les aides qui entourent la personne âgée. La surveillance autour. Et puis nous le suivi médical du traitement. Un peu plus rapproché si on met un traitement en place, éventuellement.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

C'est à dire comment réadaptez-vous ? diminuer, augmenter, changer ?

Oui

Bah en fonction de l'évolution. Ça peut être diminué si jamais il est mal toléré, ça peut être changé si c'est inefficace. Ça peut être augmenté si on pense que ça peut être utile, voilà. Mais le traitement ce n'est qu'une partie du problème, en fait. En plus il faut qu'il soit bien toléré, c'est pas non plus anodin, quoi.

En pratique vous arrive t'il d'arrêter des traitements ?

Oui en pratique oui.

Pourquoi et comment ?

Bah parce que c'est plus d'actualité, heu (*rit*) parce que l'état de la personne s'est aggravé, heu voilà ou parce ce que c'est inefficace, parce que la situation a changé. Ce n'est pas forcément des traitements définitifs, non non, loin de là. Parce que ça n'a rien fait. Voilà.

Comment vous les arrêtez en pratique ?

Bah après ça va dépendre heu du médicament, de la dose mais généralement ça s'arrête assez vite. Ça peut s'arrêter soit progressivement sur 10 15 jours quoi, soit, mais, soit rapide, progressive, progressive mais rapide en fait, parce que, on manie pas des médicaments très très lourds, c'est surtout plutôt des anxiolytiques ou, du coup, on peut les arrêter assez vite. Par contre quand ça devient des traitements plus lourds et tout, c'est souvent, y a souvent un psychiatre qui agit par derrière et tout, donc qui manie un peu le traitement. Ça dépend du type de traitement en fait, ça dépend du type de traitement. Mais nous tout ce qu'on manie, c'est pas des traitements excessivement lourds donc ça peut s'arrêter, ça peut s'arrêter assez vite, voire déjà du jour au lendemain si on y est obligé.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Le plus simple possible (*rit*). Heu, bah un peu toute, on privilégie un peu les nouvelles classes qui sont bien supportées les inhibiteurs sérotoninergiques, à

des petites doses. On utilise ça à des petites doses, et quand il faut utiliser des choses plus lourdes bah on passe la main. C'est plutôt au gériatopsychiatre des choses comme ça quand il faut manier plus... on débute un traitement mais finalement assez... comme on débute un traitement chez une personne plus jeune un peu.

Lesquels préférez-vous ?

Hum... heu le SEROPRAM (*citalopram*) les choses comme ça, les choses oui le SEROPRAM, le DEROXAT (*paroxétine*), l'ATHYMIL (*miansérine*) ça dépend s'il y a des troubles du sommeil ou pas. Voilà on en a quelques-uns, mais qu'on utilise mais finalement assez peu, à des petites doses et assez peu, finalement. C'est pas forcément le médicament qui est, qui vient en premier. Sauf s'il y a après des troubles du comportement des choses comme ça. Mais si c'est juste, juste une dépression, 'fin quelqu'un qui est anxiodépressif pur, on cherche pourquoi d'abord, et ce qu'on peut faire avant de donner un traitement, parce que souvent il y a une raison... l'isolement, des choses comme ça. Donc on peut déjà corriger avant, et puis après on voit si finalement ils font quelque chose, et finalement c'est assez rare. Peut-être plus en, en institution, parce quand quand ces gens âgées sont chez eux et tous, c'est forcément qu'ils sont qu'ils sont quand même bien encore. Après quand ça commence à aller mal, ils sont souvent mis en institution, donc ça après, heu. Ils peuvent avoir des traitements un peu plus lourds et tout, je sais pas, c'est différent. Ils sont sous surveillance et tout. A domicile on peut pas bien se permettre des traitements trop lourds, après il peut y avoir des chutes, des somnolences, des effets indésirables.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ? Lesquelles conseillez-vous ?

D'autres types, et bah c'est le, oui, un suivi avec un spécialiste, un psychiatre, ou un psychologue. Des prises en charges paramédicales, oui un psychologue, un psychiatre, oui, de l'orthophonie s'il y a un trouble de la parole, enfin tout ce qui peut entourer. Le kinésithérapeute. Tout peut servir un petit peu d'antidépresseurs, avec la mise en place d'une infirmière, un kiné, d'une aide-ménagère, tout ça. Après d'un point de vue paramédical, le kiné, l'orthophoniste.... Voilà. Une hospitalisation des fois. De quelques temps, 15 jours, 3 semaines, un mois. La sismothérapie, en cas de mélancolie. Après il y a toutes les échelles possibles.

En pratique lesquelles conseillez-vous ?

Bah c'est au cas par cas. Le plus simple possible. Bah souvent on a aussi, des fois, pas bien le choix, les choses vont plus vite que nous. Quand les gens des fois sont hospitalisés directement. Voilà. Ça se met en place tout doucement. C'est souvent d'abord

changer les conditions de vie, après un traitement assez, assez simple. Et puis après on voit. Si après, si on est obligé de passer, passer à la vitesse supérieure. Donc, ça peut être l'hospitalisation, ensuite la signalisation si il faut. Ça dépend à quel âge c'est. C'est pour ça, c'est très variable, je vous disais, quelqu'un de 75 ans, de 90 ans c'est pas pareil. Quelqu'un qu'est seul, quelqu'un qu'est marié, qui a encore son conjoint. Quelqu'un qui a des enfants, quelqu'un qu'a pas d'enfants.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Bah quand ça n'avance pas ! (*Rit*) Quand ça perdure, quand ça va pas quoi. Quand on le sent. La demande de la famille aussi, bien sûr. De la famille, de l'entourage, du personnel qui l'entoure tous les jours, les infirmières et tout qui sont des, les aides ménagères, les infirmières, les aides-soignantes, c'est vrai, qui sont au contact tous les jours avec. Nous on le voit de moins loin, donc il faut des gens qui sont au contact tous les jours. Donc ils vont comment, comment vit le patient de façon intime, comment il se, comment son humeur se modifie. Et rien de tel que d'avoir quelqu'un qui est proche qu'il le voit. Donc c'est eux qui nous, qui nous alertent en disant ça va pas. Parce que nous, c'est pas en le voyant 20 minutes tous les 3 mois ou tous les 6 mois que ça peut... Voilà ça, et puis surtout une aggravation de l'état, de l'état physique, qu'il faut faire une prise en charge.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

Que quelqu'un de plus jeune ? ou... ?

En général

Oui il y a une spécificité quand même. Chez quelqu'un de plus jeune c'est, à part quelqu'un qui est dépressif depuis toujours, qui est vraiment dépressif, mais nous ce qu'on voit le plus souvent c'est des dépressions réactionnelles à des faits, des divorces un machin, des soucis financiers, voilà. (*Le téléphone sonne mais il ne décroche pas*) Et puis, donc ça c'est différent. Tandis qu'une personne âgée, c'est un tout en fait un peu. Le fait de... le fait d'arriver à un grand âge on ne peut que déprimer en fait. C'est quasiment, si on cherchait, on trouverait un trait dépressif chez tous ces grands vieillards, c'est forcé. On se rend compte que c'est bientôt... on n'y va pas quand même (*rit*) en souriant quand même vers, vers cette, c'est tout voilà. En plus s'il y a une perte d'autonomie physique et tout, psychique, on peut être que déprimé, donc on peut considérer que c'est quand même quasiment presque obligatoire. Obligatoire quand on sent qu'on perd ses fonctions petit-à-petit à la fois physique et psychique. C'est en cela qu'elle est différente à mon avis. C'est pour dire que peut-être elle est peut-être inéluctable. C'est

peut-être inéluctable qu'une personne âgée forcément à un fond dépressif chez un grand vieillard, forcément. Après ça peut être plus ou moins marqué selon ses conditions de vie, s'il est bien entouré et tout. J'sais pas, quelqu'un qui est en institution, il est, il a laissé sa maison, il ne peut être que déprimé hein. Je vois pas bien comment ça pourrait être d'autre. Il y va contraint et forcé généralement. Il a toutes les raisons, les personnes âgées ont toutes les raisons d'être un petit peu, un peu dépr', un peu, dépressives en fait.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale. (Acquiesce) Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Quelles difficultés...euh... (soupir)... bah difficulté difficulté, c'est déjà essayer de ... d'améliorer les choses, c'est difficile, c'est des patients difficiles, parce que de toute façon... Si on part du principe que c'est un peu inéluctable et tout, ils ont pas de raisons d'être mieux quoi. Il faut leur faire entrevoir ça, déjà, qu'ils peuvent être mieux, c'est ça toute la difficulté. Donc on peut trouver une, que même en étant diminués ils peuvent avoir encore un peu, voir le côté positif des choses : qu'ils sont toujours là, ils ont leur famille, leur faire voir tout ça. Après le traitement médicamenteux parce que les médicaments, des traitements qui sont, qui font beaucoup d'effets indésirables et tout, donc qui peuvent être contre-indiqués, mal-supportés, voilà. Et puis après bah la disponibilité de tout le monde, c'est difficile d'avoir des rendez-vous, chez un psychiatre, c'est difficile d'avoir des places en institution, en hospitalisation, tout ça. La longueur, le délai, la prise en charge quoi. Donc tout est difficile en fait. Tout est difficile. Est-ce qu'on peut améliorer les choses ? C'est difficile. Quelqu'un qui est en train d'avoir, de devenir, à l'époque où il commence à avoir des troubles cognitifs, c'est quasiment impossible... de le rendre mieux ce patient. Il sait petit à petit qu'il perd toutes ses facultés et tout, comment voulez-vous... toute la difficulté est là.

Vous pensez qu'on pourrait améliorer les choses, malgré toutes ces difficultés ?

Oui oui y a sûrement pleins de choses, déjà rompre un peu l'isolement de ces personnes âgées, créer des structures, que ce soit vraiment des, que ce soit vraiment des établissements, des gros établissements. Heu oui oui il y aurait sûrement pleins de choses à faire, mais il faut beaucoup de moyens, beaucoup de personnels, c'est c'est compliqué. Beaucoup d'argent, beaucoup de moyens quoi. Déjà oui déjà rompre un peu l'isolement de ces personnes âgées qui sont, qui sont toutes seules chez elles, souvent c'est ça. Donc oui ... des moyens, des moyens financiers, parce que souvent ils peuvent pas prendre des gens, d'aides à cause du manque de moyens surtout. Ça coûte cher. Voilà les familles qui

sont souvent plus ou moins présentes. Des fois, des fois trop présentes, et des fois pas du tout (*sourit*). Ça c'est pareil pour les familles à gérer. Voilà donc oui surtout des moyens d'infrastructures surtout. Qui va sûrement être un gros problème à l'avenir, parce que des maisons de retraite il y en a plus beaucoup, des EHPAD (*établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante*), enfin elles sont pleines, c'est cher. Et, et toutes ces personnes âgées qui vieillissent de plus en plus, on va pas savoir qu'en faire, de plus en plus. Et puis c'est différent à la campagne ou ici, ou en ville, où ils sont plus isolés, heu, il y a qu'à voir quand il y a des épidémies, ou quand ils sont moins surveillés. Voilà donc tout est compliqué. Donc beaucoup de moyens, beaucoup de moyens pratiques. Des moyens financiers, des aides pour ces personnes âgées, pour toute cette catégorie de population, pour financer la dépendance quoi. C'est surtout ça, c'est ça, devenir dépendant, c'est ça qu'est difficile à prendre en charge quoi.

Comment avez-vous été formé concernant la dépression de la personne âgée ?

Pas du tout. Pas du tout (*rit*), comme ça (*sourit*). Enfin j'ai sûrement eu des cours de psychiatrie. Sur le tas, j'ai été formé sur le tas, comme beaucoup de choses maintenant. Au fur et à mesure on voit, et puis, rien que le fait de s'occuper de ça, c'est déjà une formation en fait. Rien que le fait de s'occuper, de s'y confronter, c'est la meilleure des formations. C'est d'y être confronté qui nous fait bouger et chercher ce qu'on peut faire. C'est la meilleure des formations. Et pas besoin d'avoir des formations théoriques et tout, c'est comme ça c'est comme ça. A la limite il y a même pas besoin d'être, d'être forcément un médecin averti et spécialisé pour prendre ça en charge, une infirmière peut prendre ça, les prennent en charge aussi bien que nous. Donc y a pas besoin d'avoir des... C'est en étant confronté à la situation et en cherchant à savoir comment on peut faire pour les soulager, je crois que c'est la meilleure des formations. Après il y a peut-être 2 3 notions théoriques à avoir, mais c'est pas non plus la mer à boire. Mais il y avait pas vraiment, à mon époque il y a avait pas vraiment de, des cours de psychiatrie mais pas vraiment de, de cours, adapté à la personne âgée. Il y avait pas de gériatrie à l'époque, ça existait pas en fait. Toutes ces formations de gériatrie, ça n'existait pas.

Pensez-vous que ces formations soient suffisantes ?

Bah à l'heure actuelles, ça donne une base théorique, mais je vous le redis, il n'y a rien de tel que d'être confronté à la situation pour heu, (*le téléphone sonne*) il n'y a rien de tel que d'être confronté à une situation pour se former là-dessus. (*Il s'excuse et répond pendant 1 min*). Donc formation, oui il faut une formation. Après ça dépend si vraiment on veut se spécialiser là-dedans ou si... quel type de prise en charge on veut faire. Un médecin qui travaille en

maison de retraite, qui est confronté à ça tout le temps, bah oui il peut avoir un petit bagage supplémentaire, mais nous en médecine générale... on fait pas que ça, on peut pas non plus gérer ça, on n'a pas le temps de gérer ça, on a tout le reste de la population à soigner donc heu, ce qu'il faut c'est voir ce qu'on peut faire avec les familles, repérez, gérez la situation, et puis après, des fois, on est obligé de passer la main quoi, pas tout faire. On n'est pas, je suis pas tellement tellement confronté à vraiment des grosses dépressions de... de personnes âgées. Mais c'est tellement différent, il y a des biais parce que là on est dans une petite région, un petit secteur de l'ouest lyonnais où c'est résidentiel. Toutes les personnes âgées que j'ai elles sont en pleines formes, même mieux que vous et moi (*sourit*) ! Donc elles sont, il y a un haut niveau de revenus, donc il y a pleins de facteurs qui jouent. Comparé à une banlieue, où les personnes âgées sont toutes seules dans leur appartement elles en bougent pas, c'est différent. Je pense qu'il peut y avoir beaucoup de situations différentes.

10.9. Entretien 9

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Comment je définis une personne âgée ? Tiens c'est une bonne question ça. Bah ça dépend en fait, hein. Ça dépend, heu, il y a l'âge, l'âge physiologique, heu... ouais il y a plein de choses qui interviennent donc heu ... je, j'ai pas l'impression de définition. Je pense qu'il n'y a pas beaucoup de définitions, c'est... je sais pas.

Que pensez-vous de la dépression ?

Ce que je pense de la dépression ? Je sais pas, je ne me suis jamais posé la question. Qu'est-ce que j'en pense moi ?

Oui vous.

Bah je sais pas quoi vous répondre, vous attendez quoi comme type de réponse, sur ce qu'on en pense.

Comment vous la percevez... en tant que praticien de médecine générale.

Mouais, alors comment percevoir, je je sais pas, c'est une pathologie à part entière, je pense... heu très fréquente je trouve... heu que vous dire d'autre, heu je sais pas ce que j'en pense.

Comment la définissez-vous ?

Alors comment je la définie. Alors pour moi la dépression... heu c'est c'est, c'est déjà un manque, un manque d'entrain, un manque d'envie (*le téléphone sonne*) je suis désolé ça va pas être la bonne heure (*elle répond...*)

Sinon bah pour moi la dépression c'est une perte d'envie perte de... comment dire, c'est, c'est difficile à définir. Euh... manque d'entrain, plus de joie de vivre, souvent associé à de la tristesse.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

Qu'est-ce que ça m'évoque... ah c'est très personnel vos questions-là hein. C'est pas médical c'est très personnel. Qu'est-ce que ça m'évoque ? Euh... bah pff... bah l'empathie forcément c'est... elles parlent toutes de toute façon de la mort les personnes âgées, à un moment ou un autre. Heu soit parce qu'elles sont touchées par heu la famille, par euh... ; l'entourage soit parce qu'elles-mêmes, elles ont, elles ont envie de mourir. Après qu'est-ce que ça m'évoque quand elles en parlent, ouais surtout de la tristesse et envie de les aider quoi.

Nous allons à présent passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression chez une personne âgée ?

Ouh la la, alors ça c'est difficile parce qu'elles, bah elles l'expriment pas forcément. Et ben justement ça peut être plein de choses, ça peut être lié au manque d'appétit, ça peut être des gens qui sont actifs qui diminuent leur activité, ça peut être des gens qui sont tristes, ça peut être des gens qui pleurent, ça peut être aussi des familles, hein souvent chez les personnes âgées qui, qui se posent beaucoup de questions. Euh... ça peut être une fatigue, voilà c'est ça, il peut y avoir beaucoup de symptômes chez la personne âgée. Après, des fois c'est pas, ce n'est pas toujours facile parce que moi, comme je vous avais dit, moi, on travaille essentiellement, moi en personnes âgées j'en ai très peu au cabinet donc en tout, donc là avec des personnes qui ont la maladie d'Alzheimer, là c'est difficile aussi, donc là on se fie aussi aux aidants, beaucoup aux aidants, beaucoup aux paramédicaux, pour faire le diagnostic.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Alors on en a une d'échelle effectivement, je ne sais plus comment elle s'appelle (*rit*), mais on, on l'utilise pas souvent chez les personnes âgées pas tellement, je vois c'est plus chez les personnes jeunes qu'on utilise l'échelle.

Pourquoi ?

Je sais pas. C'est par habitude je pense.

Et vous vous souvenez du nom ?

Non j'arrive pas à me souvenir, je l'avais dans un tiroir mais je sais plus où elle est en fait. On vient de déménager donc heu...

Il n'y a pas de soucis. Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez la personne âgée ?

Le diagnostic ? bah c'est un diagnostic clinique et puis éventuellement d'élimination mais heu il faut effectivement éliminer les pathologies organiques sous-jacentes et puis heu, et puis voilà. C'est un entretien, en posant un certain nombre de questions, effectivement c'est, enfin l'échelle je l'utilise pas forcément mais les questions sont à peu près les mêmes à chaque fois hein. Savoir s'ils ont un manque d'entrain, s'ils ont envie de sortir, s'ils mangent correctement, s'ils sont fatigués, voilà tout ça. S'ils sont tristes s'ils pleurent, si, s'ils arrivent à faire leurs activités quotidiennes.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ? (Elle prend un air de questionnement comme si elle ne comprenait pas la question.) C'est la même question mais pour le diagnostic.

Non on va dire j'en ai une mais je ne m'en sers pas beaucoup.

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Des pathologies pourvoyeuses de dépression... Alors je sais pas si ce sont des pathologies qui sont pourvoyeuses mais en tout cas il y a effectivement des pathologies associées, il n'y a pas besoin d'être poly pathologique heu... Effectivement les gens qui ont des, tout ce qui est maladie, heu je sais pas, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer heu...maladie dégénérative. C'est des gens qui qui sont ... qui dépriment plus que les autres mais pourvoyeuse mais après, je sais pas, ça dépend si on, il y a de tout, enfin je sais pas, il y a quand même des dépressions réactionnelles donc heu. (*Répond à son portable qui vient de vibrer*)

On en était où ?

On en était aux pathologies pourvoyeuses de dépression.

Donc voilà, bah moi je pense que toutes les pathologies de toute façon peuvent être pourvoyeuses de dépression.

Est-ce qu'il y en a des particulières auxquelles vous pensez ?

Alors moi, comme je vous dit, déjà vous allez vous rendre compte, moi je suis pas souvent là, on a une clientèle qui est plutôt jeune et puis la plupart des gens déprimés c'est vrai on les voit plutôt à la maison de retraite. Après c'est tout ce qui est pathologie néoplasique aussi, les cancers, heu les gens ils sont, ils sont plus déprimés du coup.

Quels sont les signes de gravité de dépression chez la personne âgée ?

Quels sont les signes de gravité heu... bah pour moi les signes de gravité c'est quand la personne âgée c'est bah heu la perte d'appétit, vraiment la perte

d'appétit, la difficulté à dormir, quand les personnes veulent plus sortir de chez elles, n'ont plus de vie sociale heu moi pour moi c'est assez grave.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Sur quels arguments ? wow ! c'est rare qu'on en fasse hospitaliser. Je sais pas si ça nous était déjà arrivé. Les personnes âgées en tout cas.

Oui que les personnes âgées

Oui, je pense que ça ne nous est jamais arrivé.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

Qu'est-ce que ça m'évoque ? Je sais pas ce que ça m'évoque, pour l'instant on n'y a jamais été confronté. Donc heu heu je sais pas. Je vous l'avais dit, j'ai pas, on n'a pas beaucoup de personnes âgées et puis je suis pas là souvent.

Nous allons maintenant aborder la prise en charge de la dépression de la personne âgée. Selon vous, quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Alors, bah je pense qu'il a une place importante, à mon avis. Parce que c'est quand même le premier, la première personne a qui... vers qui peuvent se tourner les personnes âgées, donc je pense qu'il y a quand même une confiance importante entre la personne âgée et son médecin généraliste. Donc je pense qu'on a le rôle, oui effectivement un rôle important dans le... en général on connaît bien les familles, on connaît bien les personnes, c'est des gens qui sont plutôt fidèles. Heu qui ont confiance dans leur médecin. Oui je pense qu'il a, en tout cas un rôle important voire la première place ... (*va pour dire quelque chose*) C'est tout.

C'est tout ?

Oui c'est tout.

Comment effectuez-vous le suivi des traitements ?

Comment on effectue le suivi ? c'est-à-dire en terme de...

Dans le traitement de la dépression

Ouais mais en termes de... de consultation ? de fréquence de consultation ? de chose comme ça ? de...

Tout (rit en réponse)

Bah déjà ça dépend. En fait, déjà en général ça dépend à l'instauration ou dans le suivi. Donc quand on instaure un traitement en général, on, on aime bien revoir les gens dans le mois, pour savoir un petit peu comment ils tolèrent le traitement ou heu souvent, voir si on a mis des anxiolytiques en même

temps, souvent on en met mais pas toujours. Heu donc en fait, globalement on essaie de les revoir, au moins, au moins, au début traitement au moins une fois par mois. Après ça dépend s'il y a des pathologies associées, vous voyez ce que je veux dire, la personne âgée c'est quand même, c'est même compliqué à prendre en charge, donc ça dépend de quel type de traitement. Il y a des traitements où il faut faire des... des bilans biologiques par exemple heu, mais en général on essaie de les voir une fois par mois, oui.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Et bah ça dépend. C'est-à-dire en fonction de la tolérance clinique, déjà. Et puis, et puis de, quand je dis, quand je dis la tolérance clinique pour moi c'est les effets secondaires, d'accord ? Donc ça se voit selon comment est, est supporté le traitement déjà, qu'il y ait pas d'effets secondaires, et puis après en fonction de l'évolution de la, du syndrome dépressif en lui-même.

En pratique vous arrive-t'il d'arrêter des traitements ?

D'arrêter ? Avant alors oui on en arrête. Quand on estime qu'ils n'en n'ont plus besoin. Mais après c'est long hein un traitement antidépresseur chez les personnes âgées, c'est c'est quand même, enfin chez les personnes tout court, c'est quand même assez long, donc on réévalue régulièrement quand on, de toute façon c'est comme je vous disais, c'est des gens qui sont poly-pathologiques, donc de toute façon, même si on les revoit pas forcément pour la dépression, on les revoit pour d'autres choses et régulièrement on réévalue comment ils vont et si on peut diminuer voire arrêter les traitements.

Comment vous les arrêtez ?

Comment je les arrête ? Et ben on les arrête en général plutôt progressivement, heu en diminuant les doses et puis après il y a des médicaments où on peut diminuer les doses et puis après on peut passer à un jour sur deux. Voilà. Et puis bon après je pense que c'est des manies, je pense qu'on a, mais après on essaie toujours de les arrêter dans les moments où enfin où le moment est propice enfin quand il fait beau, enfin je pense quand on arrête des traitements, des traitements antidépresseurs à l'automne, c'est pas, c'est pas toujours bien... c'est pas du tout scientifique là ce que je vous dis ! Mais en tout cas, c'est vrai que dans une, dans un moment où tout va bien et où tout est propice à l'arrêt du médicament.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Alors j'utilise... en termes de nom de, de, noms de médicaments vous voulez ?

Oui oui

Alors on utilise, on utilise beaucoup le DEROXAT (*paroxétine*) en tout cas chez la personne âgée. Euh... qu'est-ce qu'on utilisait fut un temps, qu'on utilise moins... bah là j'ai mangé le nom. Heu le SEROPLEX on l'utilise un petit peu aussi heu... heu en gros c'est, c'est vraiment, moi je dirais plutôt que celui qu'on utilise le plus, en tout cas que moi j'utilise le plus, c'est le DEROXAT.

Pour quelles raisons ?

Parce que c'est, je sais pas. Parce que c'est des médicaments qu'on connaît bien. Surement, et qui sont plutôt bien tolérés par rapport à... à... surement à d'autres.

En pratique, connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ?

Bah en, pour la dépression ?

Oui

Ah oui, bien sûr. Il y a les, les psys, il y a les thérapies comportementales et cognitives qu'on utilise plus chez la... fin oui les psychothérapies qu'on utilise. Enfin oui on, on en voit beaucoup, on travaille beaucoup avec les psychologues, heu ouais ouais, on utilise beaucoup les thérapies. Après il y a pleins d'autres choses maintenant, il y a des gens qui font de l'hypnose heu... ..

Donc ce que vous préférez, c'est quel type de thérapeutique au final ? En dehors du médicament.

En dehors du médicament, je pense que la psychothérapie c'est bien.

Pourquoi ?

Bah parce que ça aide, ça aide les gens déjà à faire un travail sur eux, donc à savoir, essayer de comprendre pourquoi ils sont pas bien. Parce que traiter la dépression, c'est une chose mais si on peut arriver, quand y a une cause si on peut arriver à traiter la cause ou en tout leur faire comprendre, leur faire prendre conscience de certaines choses, je pense en tout cas que c'est bien. Ça permet justement de raccourcir la durée des traitements. Enfin moi... après on les traite pas forcément tous par antidépresseurs non plus hein. Je sais que nous, quand on peut, souvent on on demande l'avis au psychologue heu... quand il y a le temps, quand il y a pas d'urgence quand... ça nous est jamais arrivé chez une personne âgée d'avoir une, une vraie urgence, quelqu'un qui fait une, une, une dépression très sévère. Et heu on voit déjà avec le psychologue si on peut heu gérer heu par la thérapie ou s'il y arrive ou il dit c'est un peu juste, à ce moment-là on on met un traitement en route.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Heu nous, moi souvent, c'est quand on a l'impression que tout seul qu'on va pas arriver à gérer. C'est-à-dire que... que soit il y a une urgence. C'est que le patient est trop mal et que effectivement il parle de suicide ou de ... heu, qu'il a vraiment des, des envies suicidaires, qu'il est vraiment très mal, et l'impression que nous en tant que généralistes, qu'on va pas réussir à comprendre pourquoi et qu'on va pas réussir avec des médicaments à l'aider suffisamment rapidement pour... pour passer le cap... ce cap critique j'allais dire.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

Alors je pense qu'elle est juste différente dans le sens où effectivement elle est, comme c'est des gens qui sont, enfin ça dépend, pas tous, mais souvent poly-pathologiques, je pense que c'est plus ... c'est plus délicat en termes de traitements et cetera par rapport aux interactions de, de faire plus attention. Mais après sur le plan de ... non. Sur le plan de la prise en charge pure non je pense pas. Après, enfin je sais pas, enfin oui et non parce que souvent y a, il y a des vécus qui sont différents, il y a quand même... une personne âgée elle va quand même être plus confrontée à la mort, par des proches, heu à la maladie, donc peut-être finalement, je sais pas.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon encore plus globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Nous, quelles difficultés ? Alors moi je dirais que la difficulté c'est que, c'est que quand on, que les patients heu...refusent. Ça arrive assez souvent qu'ils refusent le diagnostic de dépression en fait. Ils se sentent pas déprimés où ils disent « je suis pas ... je suis pas malade, je suis pas fou » et qu'ils ... moi vraiment c'est, ce que je trouve c'est, c'est ... le plus difficile c'est ça. C'est l'acceptation du diagnostic. Et après heu... je, j'essaie de réfléchir un petit peu par rapport au, au gens qu'on a, enfin que j'ai moi, qu'est ce qui est difficile, c'est que souvent c'est, en fait, on en revient à ce que vous disiez, c'est des gens qui sont ... moi pour moi le plus difficile c'est des gens qui sont effectivement poly-pathologiques et qui sont heu, qui en ont assez et qui veulent plus même si... qui ont plus, plus vraiment d'attaches et qui ont envie de partir. Donc ceux-là on a du mal à les soigner...

Comment avez-vous été formée concernant la dépression de la personne âgée ?

Alors comment on a été formés ? Bah comme vous, à la fac. Après on a eu quelques, on a un petit groupe de FMC (*formation médicale continue*) là, où on a des FMC, le mardi soir, et puis aussi à la maison de retraite avec les psychologues, les médecins Co (*coordinateurs*).

Pensez-vous que ces formations sont suffisantes ? Dans votre pratique.

Bah dans notre pratique à nous oui, pour l'instant. Après je sais pas comment ça va évoluer parce que c'est vrai que, je pense qu'en étant vieillissant, on a forcément plus de... vous savez quand vous vous installez, vous avez une clientèle qui vous ressemble, vous avez beaucoup de personnes jeunes, peu de personnes âgées, peu de patients déprimés et puis plus ça va, plus vous en avez. Alors peut-être que dans quelques temps, on aura besoin de...de se reformer à ...à... et puis d'avoir une autre approche. Mais pour l'instant, je pense que ça suffit, oui.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer cette prise en charge ?

Comment est-ce qu'on pourrait améliorer la prise en charge...des patients, des personnes âgées dépressives hein ? (*J'acquiesce*) Ou... pas, pas la formation des médecins ?

En général, ça peut être la formation, ça peut être autre chose.

Alors comment est-ce qu'on pourrait heu... je pense que déjà, enfin après c'est, c'est si on avait déjà beaucoup plus de médecins généralistes, plus de temps... heu à passer avec des patients. Parce que c'est compliqué quand vous avez une clientèle, de prendre une demi-heure, 45 minutes pour heu... un patient... peut améliorer la formation effectivement. Peut-être heu... avoir des, des consultations dédiées à ça, pourquoi pas. (*Réfléchit pendant quelques secondes*) Et puis peut-être, non en fait parce qu'on a déjà des psychologues. Je sais pas, je me suis pas posée la question. Mais moi, je pense que c'est la longueur et la difficulté des consultations qui sont à mon avis un frein. Parce que je pense qu'il y a aussi beaucoup de gens, et je pense à nos confrères, nous hein, on met assez facilement sous antidépresseurs, ou qu'on étiquette dépressif alors qu'ils le sont pas forcément mais on n'a pas forcément le temps de faire autrement.

10.10. Entretien 10

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Comment je définis une personne âgée. ...heu essentiellement par son âge, premier critère. Après la question qu'on peut se poser c'est heu, y a-t'il un âge où on, un âge chronologique, y a-t-il un âge physiologique quoi. C'est à dire qu'il y a certaines personnes de 70 ans qui en font 60 et quelques, et d'autres qui en font 75 et plus. Donc y a l'âge qui définit la personne âgée et il y a l'état général qui

participe aussi à la classer dans les jeunes ou les moins jeunes.

Il y a un âge seuil ?

Alors il y en a peut-être un, à ce moment-là je ne le connais pas. On a tendance à penser que 65 ans, à partir de la retraite, dès qu'on n'est plus actif on est une personne âgée. C'est pas mon avis personnel. Euh ... là si j'avais une tranche moyenne à dire, je dirais que 70 ans c'est le troisième âge, 85 ans c'est le quatrième.

Que pensez-vous de la dépression ?

Gros problème de société. Très sous-estimé. Et heu et je pense qu'on est dans une société qui génère beaucoup de troubles dépressifs. Parce que... moins de cohésion sociale, plus de ... plus de notion de productivité, plus de mise sous tension de l'individu, alors qu'on devrait avoir normalement un confort. On est dans un confort et malgré ce confort-là, les gens sont anxieux, sont stressés, et, pour ce qui est du caractère de la dépression je le définis plutôt comme une tristesse, une tristesse de l'humeur un peu permanente, et heu, qui a un retentissement sur le quotidien. Après elle peut être plus ou moins profonde. Plus ou moins importante.

Il y a d'autres critères pour définir la dépression selon vous ?

Il y a les critères du DSM IV. (Rit) mais je ne te les réciterai pas car c'est un peu loin (sourit).

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

C'est pas qu'elle parle de la mort qui me pose problème, c'est la façon dont elle en parle qui, on peut parler de la mort de façon toute simple comme on parlerait de la vie, c'est pas forcément péjoratif de parler de la mort. Donc c'est plutôt les mots qu'elle va employer et la façon dont elle va en parler, l'image qu'elle va en avoir, heu qui va m'interpeller, plus que le fait qu'elle m'en parle ou qu'elle m'en parle pas. Ça répond à ta question ?

Oui, oui. (Pause) Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression de la personne âgée ?

Alors heu... soit ça peut être une plainte de la personne directe, à ce moment souvent elle le dit : « je me sens pas bien », « je dors mal ». Il peut y avoir des troubles du sommeil aussi, une perte de l'appétit, une perte de l'allant, une perte de l'envie, une diminution de l'activité, c'est très polymorphe finalement. On retrouve toujours un peu une trame

centrale qui est plus trop envie de faire grand-chose, et j'ai pas d'humeur, j'ai pas voilà. Ça peut être aussi un repérage qu'on fait par un tiers, on nous dit bah ouais « il dort plus », bah voilà « il est triste », « il a pas d'envie ». Et puis ça peut être un repérage qu'on fait directement parce que la personne a une dégradation de son état général, parce qu'on la retrouve pas telle telle qu'elle était aux consultations précédentes, parce qu'elle perd du poids par exemple, parce qu'elle nous dit être essoufflée en allant marcher alors qu'avant elle marchait très régulièrement et qu'il n'y a pas forcément de cause cardio entre guillemets ou pulmonaire. Donc heu, ouais, il y a soit la présentation évidente, où la personne nous le dit, soit il y a une présentation amenée par un tiers ou par des signes cliniques, soit il y a une présentation un peu devinée derrière un polymorphisme très variable.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Oui. (Rit)

Lesquelles ?

C'est très nuancé ce oui. (Rit) Alors l'échelle d'Hamilton, que j'utilise pour, en fait l'avantage de l'échelle c'est qu'elle donne un chiffre donc heu, j'ai l'échelle d'Hamilton et puis j'ai le ... je sais plus le sigle... l'ADS... j'ai un truc pour les personnes âgées, qui est spécifique de la personne âgée qui est sur l'ordinateur donc je fais pas gaffe, pas gaffe aux sigles et qu'on côte en posant les questions. Mais, en soit c'est une bonne aide, mais ça n'apporte pas grand-chose si l'interrogatoire est prolongé et s'il explore les différents éléments du quotidien de la personne. On va retrouver sur un interrogatoire prolongé les mêmes éléments qu'on va trouver dans le questionnaire, l'échelle mais l'avantage de l'échelle c'est qu'on oublie rien parce que c'est marqué on passe d'une ligne à une autre. Par contre ça saccade beaucoup, je trouve, le, le contact. C'est plus facile de dire heu "vous dormez comment ?" "ça va bien ?" ou "ça va moins bien" "vous avez bon appétit ?" "est ce que vous sortez un peu avec vos enfants au restaurant ?" voilà. Des choses choses qui sont très variables qu'après on va recalculer dans les échelles, plutôt que suivre l'échelle pas par pas, je trouve ça un peu rébarbatif et puis ça fait un contact un peu bizarre je trouve, pour s'intéresser à la personne.

Vous les utilisez systématiquement ?

Non pas du tout.

Dans quel cas les utilisez-vous ?

Je l'utilise quand j'ai du mal à percevoir la profondeur de la dépression. C'est assez, j'arrive pas

à me rendre compte si, entre parenthèse c'est juste un coup de mou, ou si c'est plus profond. A ce moment-là ça me permet en effet d'avoir une cotation. Un peu comme on utilise l'échelle de la douleur. Parfois les gens ils nous parlent de leur douleur on sait pas s'ils ont vraiment mal ou pas, on arrive plus à savoir parce que ils utilisent des termes ou une description qui ne rentrent pas dans nos standards, et leur dire bon bah ouais ok entre 0 et 10, ça fait combien...ça donne un aperçu. Le chiffre de la cotation c'est pareil ça donne un aperçu ah bah oui quand même, ouais, à 25 sur 32. Enfin moi ça permet d'avoir ... mais parfois je leur demande tout simplement sur une échelle de 10 comment est leur humeur. S'ils se sentent super bien, ils diront 8 9 10, s'ils sentent très très mal, ils diront 2 3.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez la personne âgée ?

Par l'interrogatoire. La difficulté c'est chez les personnes âgées qui ont des troubles des fonctions supérieures où... où là souvent en cas de doute le traitement d'épreuve peut apporter une réponse aussi. On fait un traitement d'épreuve de 3 mois et si en effet il y a une nette amélioration de son humeur, une baisse de l'anxiété, un meilleur sommeil, un meilleur appétit, une vie plus épanouie, bah ça veut dire que le traitement antidépresseur fonctionne bien et qu'on n'a des meilleurs résultats et qu'on avait certainement un terrain dépressif surajouté aux troubles des fonctions supérieures. Si par contre il n'y a pas de troubles des fonctions supérieures c'est avant tout l'interrogatoire qui permet de faire le diagnostic.

Les outils et les échelles ?

C'est, pour moi c'est c'est très intéressant d'avoir des outils ou des échelles, mais c'est très bien sur le papier ; dans la règle du quotidien, j'trouve que c'est si facile à utiliser. En tout cas pour ces outils-là, ces échelles-là, sur la dépression parce que, pour pouvoir rentrer, entre guillemets, en résonance avec un patient qui se sent pas bien, j'pense qu'il faut être vraiment dans le contact, dans la discussion, et que ces échelles à moins de les connaître absolument par cœur et de pouvoir les mettre dans tous les sens et de savoir les manipuler dans tous les sens, bah c'est pas si facile que ça et ça a tendance à hacher un petit peu le discours, parce qu'il y en a qui ont beaucoup de points donc ce souvenir du point numéro 16 qui était après le 15 et que... même si on les fait pas dans l'ordre et ben après on se dit "ah merde je lui ai pas demandé s'il dormait bien" "et au fait vous dormez bien?" Et puis après voilà. Je trouve que ça saccade beaucoup, alors que, je sais pas si on est moins efficace en terme de dépistage si on utilise pas d'échelles si on est bien attentif par rapport à si on utilisait une échelle en étant attentif. Bon je pense

que l'attention qu'on porte au patient c'est ce qui va nous permettre d'être efficace, au-delà de l'échelle. En tout cas c'est l'impression que j'ai alors que je suis très échelles. Moi j'aime beaucoup les trucs, moi, avec des croix à mettre dans des cases. Je trouve ça très pratique, autant pour heu, un IPS (*international prostate symptom score*) pour la prostate c'est très pratique, autant pour la dépression c'est tellement polymorphe, que et puis ça, l'histoire de la personne compte énormément, du coup il faut aller creuser dans son histoire personnelle, dans son vécu personnel, essayer de comprendre les choses. Et l'échelle en soi c'est pas un outil très facile à intégrer au discours du quotidien parce que le discours il est pas standardisé et que l'échelle elle l'est.

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Bah oui.

Vous pouvez me donner quelques exemples ?

Bah y a d'abord les pathologies neurodégénératives, qu'elles aient plutôt des pathologies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, même si, comme le Parkinson, d'autres démences. Où les gens ont une sensation de perdre leurs capacités voilà. Mais il y a aussi toutes les pathologies qui vont entraîner une sensation de diminution des capacités physiques. Des choses aussi simples que l'arthrose. Quand vous avez un patient qui avait l'habitude d'être très autonome et qui a des douleurs de hanche, qui marche de moins en moins bien, qui boite, qui devient dépendant petit à petit, il peut y avoir des phases de dépression, c'est pas très étonnant. Parce que toutes les pathologies qui sont susceptibles de diminuer l'individu, et de le rendre dépendant, peuvent générer de la dépression. Et je dirais chez les personnes âgées comme chez l'adulte plus jeune. Donc heu ouais y a toutes ces pathologies-là, y compris les pathologies qui ne génèrent pas nécessairement une dépendance mais qui génèrent des soins lourds. Prend le diabète, c'est fastidieux, il faut faire attention à ce qu'on mange, y a pleins de médicaments à prendre, prises de sang à faire. Tout ça peut générer beaucoup d'angoisse, et puis beaucoup de... de sensations de... de déchéance physique. Ouais je pense que la pathologie en général peut être source d'anxiété et de dépression.

Quels sont les signes de gravité de la dépression chez une personne âgée ?

Chez une personne âgée ?

(J'acquiesce)

Bah chez la personne âgée, y a, déjà la tendance suicidaire. Heu, c'est un signe de gravité. Les passages à l'acte sont souvent et malheureusement très efficaces chez la personne âgée. Heu, donc, oui je dirais les idées suicidaires, les idées noires, les tendances suicidaires, sont pour moi des facteurs de gravité. Et il y a des facteurs de gravité qui sont intrinsèques à l'individu comme ceux-là et il y a des facteurs de gravité extrinsèques comme l'isolement profond, heu les patients qui ont déjà des antécédents psychiatriques ou un état démentiel, c'est un facteur de gravité car ça va être plus compliqué de les prendre en charge. Euh... (pause) j'dirais qu'en premier lieu il faut évaluer l'intensité de la dépression et le risque suicidaire, et c'est vraiment cette intensité de dépression et ce suicid', ce risque suicidaire qui font je dirais la gravité immédiate. Le reste c'est plus du mauvais pronostic.

Que pensez-vous du suicide de la personne âgée ?

Alors médicalement ou philosophiquement ? (Dit cela en souriant)

Qu'en pensez-vous ?

J'pense que c'est dommage de, je pense que c'est dommage de finir sa vie par un acte de ce type-là, heu pour des raisons, heu, de dépression. Parce que dans le cadre de la dépression les choix que l'on fait sont erronés parce que il y a une altération profonde de l'humeur, une perception, une altération profonde de soi et de son environnement et ce qui fait que les décisions ne sont pas les décisions qui auraient été prises si on n'avait pas cette altération. Je pense qu'il faut absolument lutter contre la dépression de la personne âgée pour éviter au maximum les gestes suicidaires. Après philosophiquement si une personne âgée, en pleine connaissance de ces moyens intellectuels, sans dépression sans rien, décide qu'à 85 ans il est temps qu'elle passe heu de l'autre côté, ça c'est, c'est un point de vue philosophique si son jugement n'est pas altéré par une déficience médicale, par, par une dépression ou par une maladie grave, parce que c'est un autre point de vue de philosophie. Par contre si les gens sont dépressifs, que, qu'ils ont, qu'ils émettent le désir de mourir, la première chose qui faut se poser, c'est, même s'il n'était pas dépressif, peut-être qu'il n'émettrait pas ce désir de mourir, et comme la dépression c'est une maladie, il faut le soigner, on va le sortir de cet état de, de demande de suicide. Je pense qu'en effet c'est, c'est quelque chose qu'il faut prendre en charge et après la question du suicide et si après la personne est à même à réfléchir là-dessus c'est un autre débat philosophique, c'est même plus un débat médical. Si cette question de suicide se pose dans un contexte de dépression, à ce moment-là c'est un problème médical.

Avez-vous déjà rencontré cette situation ?

Laquelle ? La personne âgée dépressive qui veut se suicider ? ou la personne âgée non-dépressive qui veut mourir ?

Le suicide de la personne âgée ?

Oui j'ai plusieurs personnes âgées qui m'en ont parlé, oui.

Et qui se sont suicidées ?

Heu (sourir)... Oui. Oui là encore je réfléchis parce ce que je suis en train de me demander si les gens qui se sont suicidés à cet âge-là je les classais dans les personnes âgées ou pas. Mais oui on en a qui se sont suicidés.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Alors soit sur un risque imminent de passage à l'acte, sur complication immédiate, soit pour une dépression grave pour laquelle une prise en charge ambulatoire n'est pas possible à cause de l'isolement du patient, à cause l'absence de tissu social autour du patient, son isolement ou de sa non-compliance aux soins également. Ça c'est tout à fait possible. On a tendance à faire hospitaliser aussi s'il n'a pas de fonctions supérieures suffisamment équilibrées pour pouvoir être pris en charge en ambulatoire.

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression de la personne âgée dépressive. Selon vous quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Alors heu je vais être un peu égocentrique mais je vais dire centrale. (Rit) Je pense quand même qu'on a une place centrale et qu'elle n'est pas du tout heu effective à l'heure actuelle.

C'est à dire ?

Parce qu'il y a un défaut de formation des médecins généralistes sur la prise en charge de la dépression en général et d'autant plus sur la dépression des personnes âgées. Parce qu'il y a un réseau ville-psychiatrie nullissime en France. Heu c'est à dire que c'est extrêmement difficile d'avoir des avis psychiatriques, c'est très difficile de faire une hospitalisation d'évaluation courte en psychiatrie, difficile d'avoir des places. Quand on a des places, le psychiatre nous envoie jamais de compte-rendu de ce qu'il se passe. Y a pas de dialogue entre la psychiatrie et la médecine de ville. Alors peut-être ailleurs, mais dans mon secteur il y en a pas, CMP (centre médicopsychologique) compris. Heu, et puis souvent le médecin généraliste connaît la situation

du patient, il connaît aussi des membres de sa famille, heu donc je pense par définition il est là pour coordonner la prise en charge globale, il est là aussi pour faire de la thérapie de soutien au travers de ses consultations, de la thérapie de soutien c'est le premier élément de prise en charge. Les gens sont dépressifs ils ont un trouble de l'humeur, une tristesse de l'humeur, une baisse des envies, il faut les voir, il faut en discuter avec eux, les rassurer, les désangoisser, les amener à avoir une meilleure estime de soi. Ça ça se fait avant tout par la parole, donc il y a un suivi à faire. Et c'est, malheureusement, le tissu de prise en charge psychologique-psychiatrique en France n'est pas au point. Les psychologues ne sont pas remboursés. Ce n'est pas normal. Les psychiatres sont rares. Comme ils sont rares, ils prennent plus personne. Quand ils prennent les gens ils les voient une fois par mois, soit c'est trop trop large pour pouvoir faire un suivi psychologique ou psychiatrique. Le CMP est débordé...

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

Bah je... après la prescription initiale lorsqu'il y a en plus du traitement psychologique un traitement médicamenteux, je leur donne souvent un rendez-vous à 10 ou 15 jours pour évaluer dans un premier temps la tolérance au traitement, et puis heu après je les revoie en moyenne tous les 10 jours sur le premier mois, et ensuite ça va être fonction de l'évolution et puis fonction de ce qu'on a pu mettre en place. Si est ce que il y a un psychologue qui les verra est ce qui sera aussi suivi par le CMP. Si ils sont suivis par le CMP tous les mois, bah je les reverrais une fois sur 2, si y a un psychologue qui intervient aussi, ça dépendra du rythme à laquelle ils voient le psychologue. Voilà.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Bah en fonction de son efficacité et de sa tolérance hein. S'il est bien toléré et qu'il n'a aucune efficacité, soit ça veut dire que on n'a pas la dose suffisante, soit ça veut aussi dire qu'il n'est pas fonctionnel pour ce patient-là, donc on peut se poser la question de modifier la thérapeutique en fonction de son, de son état de tolérance puisqu'à cet âge-là on a souvent des effets collatéraux qu'on ne veut pas.

En pratique vous arrive-t'il d'arrêter des traitements ?

Pour la dépression ?

De la personne âgée.

Oui.

Comment ? (Pause) et pourquoi ?

Pourquoi, parce que vous avez beaucoup de gens qui sont sous antidépresseurs ou benzodiazépines depuis de longs mois voire de longues années et qui ne pourraient même pas me dire pourquoi ça a été mis en place. Donc heu il y a un moment ou un autre où on peut leur dire "tiens vous prenez encore ça" et en effet s'il n'y a plus aucun symptôme de dépression, bah on peut quand même se permettre de faire une tentative d'arrêt du traitement, de façon très progressive, pour éviter les syndromes de sevrage, et en surveillant l'état d'humeur et l'état général du patient. Mais on a beaucoup de gens qui, qui, qui disent "bah voilà c'est docteur machin qui me l'a mis y a 10 ans et je l'ai toujours". Bah ouais mais bon, est ce que c'est encore nécessaire ? voilà il y a des gens qui sont dépressifs de façon chronique et il y a des gens qui sont dépressifs pour une raison X ou Y, ils ont perdu un frère, ils ont perdu leurs parents, ils ont perdu un ami. Ils ont un deuil pathologique qui va leur durer plus d'un an puisque sinon c'est pas patho (*pathologique*) donc qui va durer 18 mois 24 mois puis après bon ils vont finalement finir leur deuil, donc ils sont plus dépressifs, le deuil n'est plus pathologique, il faut peut-être revoir le traitement. Je pense qu'il faut réévaluer régulièrement les traitements et puis le moins on en met bah mieux c'est, surtout pour ce qui est des benzodiazépines. On a beaucoup de patients qui sont traités finalement pour des troubles anxieux généralisés depuis des années des années des années et qui ont jamais eu autre chose que des benzodiazépines. C'est très compliqué pour l'arrêter.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Heu en premier lieu et la plupart du temps, des antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine, heu, ou noradrénergiques également. Heu dans certains cas et en fonction du niveau d'anxiété ou de la difficulté de la patiente, on peut y associer une benzodiazépine de courte durée d'action, pour une durée brève, le temps d'avoir l'efficacité de l'antidépresseur qui a une certaine latence à être efficient.

Lesquels préférez-vous ?

Comme benzodiazépine ?

Comme médicament

Alors j'utilise beaucoup la paroxétine. Heu... la paroxétine, la fluoxétine, heu parce que comme j'utilise beaucoup je le connais bien et je sais ce que j'ai besoin de surveiller. Euh... autre chose, alors de l'EFFEXOR (*venlafaxine*) mais c'est plus rare. Et puis c'est pas moi qui met systématiquement les traitements antidépresseurs, parfois ils sont, heu...heu... ils sont choisis soit par l'hospitalisation

par le psychiatre ou par le CMP (*centre médicopsychologique*) ça arrive aussi. Parce que suivant l'état du patient y a pas d'urgence à le commencer le premier jour de la consultation et aux réévaluations, bah parfois c'est un confrère qui le met en route. Et puis au niveau des benzodiazépines j'utilise plutôt l'alprazolam ou du SERESTA (*oxazepam*).

Pourquoi ?

Parce que le délai d'action est plutôt court et leur demi-vie courte.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Heu l'association des troubles des fonctions supérieures et de la dépression. Ils sont assez difficiles à gérer parfois. Et heu l'inefficacité de la prise en charge initiale en ambulatoire, heu, et puis heu... et puis... et puis les phénomènes de prise de ... d'hétéro ou d'auto agressivité. Voilà qui me font souvent adresser à la psychiatrie beaucoup plus vite.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

Je dirais que sur le grand principe, j'aurais tendance à dire que non. Dans le détail, c'est une personne âgée qui a potentiellement plus de risques en termes d'effets secondaires des médicaments, qui est souvent déjà poly médicamentée, et sur lequel il faut prendre en compte les pathologies qui existent déjà. C'est plutôt ça qui fait la différence, c'est à dire qu'on s'adresse à une population différente mais sur le principe de la prise en charge, heu globalement je pense que ça doit être à peu près similaire.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale. Quelles difficultés rencontrez-vous, dans cette prise en charge ?

Hum (*se racle la gorge*) bah avant tout c'est d'euh... d'être en contact avec la personne âgée, parce qu'une personne âgée ne va pas forcément (*rit*) venir me voir pour me dire quelle est dépressive, donc la première difficulté, donc on a parfois des familles qui nous donnent des alertes, mais on ne voit pas la personne. Il dit il va pas bien, elle veut pas venir, donc y a déjà une première difficulté de... au-delà même du suivi du traitement, d'accès diagnostic. Il faut, il faut parfois en effet débusquer la personne âgée qui une fois dépressive reste plutôt chez elle, à ne voir personne plutôt qu'à venir consulter ou à aller chercher de l'aide. Heu ensuite qu'on a pu avoir le diagnostic et qu'elle, qu'elle est là, bah faut la convaincre que pour elle ça a un intérêt, et c'est pas forcément facile parce que comme elle est dépressive et qu'elle a pas une très bonne opinion de

soi qu'elle signe parfois avoir fait le tour de son cadran et que sa vie est terminée, rentrer dans le et de dire... bah vous allez consulter une psychologue, je vais vous donner un traitement on va se revoir dans 10 jours vous ferez une prise de sang pour voir si y a pas d'effets secondaires. Bah tout ça ça fait beaucoup de choses qu'on empile les unes sur les autres et ça leur faire beaucoup. Alors quand y a un gros tissu familial qui est portant, c'est plus facile. Quand ils sont assez isolés c'est compliqué. Ça c'est un ça c'est un frein. Et puis... l'autre face c'est la poly pathologie qui rend en effet les choses encore plus compliquées.

Comment avez-vous été formé concernant la dépression de la personne âgée ?

Avec ma grand-mère... (*rit*) bah j'ai été formé, par une formation universitaire classique donc heu... ça. Heu, j'ai bénéficié aussi de ... d'un semestre d'internat en moyen séjour gériatrique. Donc ça aussi c'était une spécificité qui permettait d'avoir une autre, une autre vision des, des choses. Euh... et depuis j'ai dû faire une ou deux soirées de formation autour de la dépression de la personne âgée. Ce que je trouve très court.

Pensez-vous que cela soit suffisant ?

Non non. Non non mais c'est un paradoxe de la médecine générale, c'est à dire que si jamais on veut être efficace dans tous les domaines il faudrait se former quotidiennement. Donc heu... je pense que... les recyclages sont obligatoires. Parce que, parce que... les choses évoluent sur les traitements, sur les prises en charge mais je pense que le gros défaut de la prise en charge c'est surtout le manque de cohésion, de réseaux. De réseaux de prise en charge, au travers des CMP etcetera. Le CMP travaille dans son coin mais que dans son coin, pas avec les médecins généralistes, ou alors faut aller les chercher. Ils suivent des personnes âgées à moi, j'ai jamais reçu un seul courrier de leur part. Donc je pense que le premier point de difficulté, c'est avant tout d'avoir une cohésion professionnelle, entre les différents intervenants, et heu, et d'avoir une capacité à discuter pour trouver les meilleures solutions possibles.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Bah, ça va être en améliorant le réseau. C'est flagrant sur la différence en fait quand on prend en charge des personnes âgées en EHPAD (*établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*), que dans les périodes où l'on a une psychologue, un ergothérapeute, on a des infirmières, une réunion où tout le monde discute du cas c'est un peu compliqué,

on fait venir l'équipe du, de de gérontopsychiatrie qui nous adresse un courrier dans le... fin je veux dire, y a pleins d'éléments pris en charge. Là la personne elle est à domicile, si on fait de l'ambulatoire, bah il faut qu'elle vienne ou il faut qu'on y aille, mais je veux dire c'est une visite ponctuelle. Heu, on peut faire passer des infirmières mais les infirmières nous font rarement des courriers, elles nous téléphonent de temps en temps. Si on prend contact avec les CMP, les listes d'attente sont de 3 mois. Heu quand il est, quand il a les premières consultations, ils évaluent d'abord s'ils vont vraiment la prendre en charge, voir s'ils peuvent ou pas. Fin, je veux dire tout ça est très compliqué en ambulatoire. Donc je pense qu'il faut vraiment améliorer le réseau et, surtout pour les personnes âgées hein. C'est, les gens ils sont isolés. C'est pas comme quand vous avez une personne de 40 ans qui est mariée, là vous avez toujours sa femme ou son mari qui peut appeler en disant ça va mieux, ça va moins bien, faut que, je vous la ramène, voilà. Bah là, on peut disparaître pendant 6 mois. Donc voilà, donc je pense qu'il faut vraiment améliorer la cohésion du réseau, avoir des effecteurs d'évaluation heu spécialisés dans la, voilà, quand nous on voit une personne âgée dépressive, qu'on a des difficultés, il faudrait qu'on puisse l'adresser pour avoir une évaluation globale et une sorte de, de protocole de cohésion entre nous, psychologues, heu... le CMP le psychiatre, quel traitement on peut choisir, qui va le réévaluer...

10.11. Entretien 11

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Alors personne âgée... alors bah déjà effectivement une tranche d'âge légale alors heu... toujours difficile, parce que soit on fait partir ça de la retraite 65, je dirais classiquement c'est plutôt à partir de 75 ans et bon heu maxi y en a plus. On va dire y en a, y en a un terrestre mais bon hein, heu moi je situerai ça plutôt à 75 ans. Alors sachant que la tranche 65 75 est quand même dans les prémices de l'âge, donc plutôt associée comme la pédiatrie à sa limite maxi 15 ans, donc y a ceux un peu la charnière, donc la limite stricte pour moi officielle 75 mais prise en charge comme même, comme à titre d'âgés, des gens entre 65 et 75 ans, voilà.

Que pensez-vous de la dépression ?

Maladie extrêmement fréquente, très péjorative à tout âge. Jamais eu l'impression d'aussi grande prédominance chez le sujet âgé, malgré tout ce que j'ai pu apprendre. Heu par rapport à des sujets actifs et plus jeunes, heu... donc heu je dirais

statistiquement, je n'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup plus chez l'âge. Par contre les symptômes sont différents et plus masqués, donc c'est peut-être plutôt ça qui ferait qu'on passe à côté, voilà.

Comment la définissez-vous ?

Alors heu... donc heu ... bah un ensemble de symptômes, perte de... , bon tristesse, angoisse, perte d'élan vital, perte d'intérêt pour les autres ... heu... mise en danger éventuelle avec idées suicidaires, heu ... heu je dirais quelqu'un qui est ralenti, qui effectivement psychologiquement surtout, heu et qui a des troubles de l'humeur, alors après évidemment ça peut déborder sur des troubles du comportement révélateurs, ça peut déborder sur des troubles de mémoire révélateurs, donc chez l'âge c'est peut-être un peu plus large, là je je je définis peut être plus chez l'âge, voilà un peu pêle-mêle ce qui me vient à l'idée.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

Alors tout va dépendre comment elle l'évoque la mort, les termes qu'elle emploie. Je dirais le fait d'en parler n'est pas anormal, je dirais, et tout à fait légitime à l'âge où y sont, ou confrontés à une maladie qui leur fait penser un petit peu plus à la mort. Y a ceux qui d'emblée vous l'évoquent d'une manière assez sereine, heu et je dirais comme étant dans la logique des choses et dans leur parcours de vie. Y a ceux qui éludent le sujet ou qui vous affirment haut et fort qu'ils en n'ont pas peur alors qu'en fait c'est une manière déguisée de vous dire qu'ils sont absolument angoissés et très mal à l'aise vis à vis du sujet. Heu je dirais que c'est pas, qu'il faut essayer de décrypter, je suis pas forcément très fortiche là-dessus mais bon, on apprend au fur et à mesure, décrypter les termes employés le moment où on en parle. Est-ce que s'est spontané, est-ce que c'est sous-tendu par des questions qu'en tant que médecin je peux poser ou à une pathologie associée, voilà. Mais bon, à prendre en haute considération de toute façon pour essayer de comprendre comment la personne va vivre cette échéance ou très proche ou future, et pour l'aider le cas échéant quand même à être plus apaisée dans sa rencontre avec la mort. Bien qu'au moment voulu, on ait toujours des surprises dans les deux sens. Je dirais où on est dans les derniers moments, où les personnes sont encore lucides, ceux qui s'étaient déclarés prêt à mourir, bah le sont pas forcément, et ceux que vous sentiez très angoissés peuvent au contraire y voir un soulagement, voilà.

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression de la personne âgée ?

Alors heu en dehors des symptômes du petit pourcentage qui peut être plus classique, à savoir la perte d'élan, les angoisses, l'insomnie, oui j'ai oublié de citer tout à l'heure, la perte d'envie générale de l'existence, et de l'intérêt pour les sorties, les petits enfants, la famille et cetera. Heu je dirais que ça ça arrive oui c'est vrai, mais c'est p't'être quand même les un peu plus jeunes justement, 65-75 ans, plus ils vieillissent et plus c'est, plus c'est différent. Bon d'abord, c'est pas une génération habituée à parler d'elle même et à parler de ses problèmes psychologiques. Ça se faisait pas ou au contraire ça se taisait plutôt. L'idée du psychiatre alors là est totalement affolante et se dire un peu faible sur le plan psychologique est pas facile à annoncer. Heu alors il y a ceux qui ont déjà été, qui ont déjà ressenti des des dépressions au cours de leur vie, ça existe bien évidemment, alors eux vont être un peu plus étiquetés entre guillemets. « Ah bah oui j'en ai déjà pris » ils se rappellent au moins du nom de certains médicaments qui étaient plutôt des anxiolytiques d'ailleurs que des antidépresseurs, d'usage on va dire relativement récent, ou qui ont pris des neuroleptiques, bon donc si on les connaissait pas, on est quand même alerté, ou même peuvent en parler ou parler d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Alors après, les plus difficiles, on va dire, c'est les nouveaux, qui souvent se n'avèrent ne pas être si nouveaux que ça, mais c'était pas traité comme tel, ils en ont jamais parlé, c'est je dirais, alors évidemment un ralentissement heu une perte d'appétit, bon heu des gens qui effectivement modifient leurs habitudes de vie, heu et puis, associé très souvent à l'apparition ou à la crainte de troubles cognitifs. Alors c'est toujours le grand dilemme effectivement qui a commencé, est-ce que réellement ils ont des troubles cognitifs ou que l'émotion fait que, ils sont tellement mal que finalement ils en oublient tout. Heu déjà essayer de décortiquer, essayer de séparer un petit peu les deux phénomènes, se renseigner auprès de l'entourage, voir un peu comment ils perçoivent leurs parents, ou les voisins et cetera, essayer d'aller les voir sur place, chez eux chez eux, ça aussi c'est un des gros avantages de la médecine générale, voir un peu leur mode de vie, essayer de décrypter tout ce qui a pu déclencher ce changement d'humeur on va dire, et d'attitude, mais souvent ça peut être aussi des plaintes physiques, ou les gens reviennent bon ça c'est pas spécifique au sujet âgé hein, mais, se mettre à, on va dire des bricoles, je veux dire bon, un mal de dos qui comme par hasard devient envahissant, heu un trouble digestif beaucoup, bon bah voilà, une espèce de mal-être général où ils arrivent assez rapidement à comprendre que bon quand même qu'ils viennent consulter pour un mal de ventre mais y a autre chose, ils ont envie de parler d'autre chose derrière. Donc c'est vrai qu'il faut avoir un peu de temps pour pouvoir poser à un moment donné les bonnes questions ou leur tendre quelques perches pour voir

comment ils les saisissent, quitte aussi à aller creuser et à essayer d'aller pour rompre cette tristesse et si, et parce qu'ils sont réputés pour être plus suicidaires en étant âgé qu'on ne l'est au milieu de la vie, voilà.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Ça m'arrive rarement. Dans des, en première consultation non, parce que c'est pas trop mon attitude, je préfère en effet d'instaurer un dialogue, mais ça peut rendre service dans des cas un peu limites où on se dit « est-ce que c'est de la psychiatrie que que je n'arrive pas bien à cerner » et je dirais « je voudrais que ce soit quand même un peu plus cadré », mais je reconnais que non. Je suis pas très DSM IV et cetera, c'est, c'est vrai, alors après on peut, oui on peut dire que ça peut servir d'évaluation la situation avant, pendant, après un traitement, bon. Oui je, j'ai pas l'habitude, ce n'est pas mon recours naturel, c'est sûrement intéressant, mais je trouve que c'est réduire l'individu à celui qui aura répondu aux bonnes cases quoi. C'est trop subtil comme sujet, par contre pour évaluer, évidemment vous qui faites votre thèse, ça doit être plus délicat, parce que c'est sur des impressions et un constat d'échange et sur l'interrogatoire surtout. Voilà, c'est pas une pathologie qu'on diagnostique par de la biologie ou de la, ou un examen physique quoi, voilà.

Vous me dites que de temps en temps vous en utilisez, lesquels utilisez-vous ?

Heu alors écoutez je dirais le DSM IV alors comme truc, alors après il y a des échelles mais je ne me rappelle plus leurs noms, heu je dirais entre l'anxiété on va dire et la dépression qui quelque fois évidemment est un peu mélangée, pour ne pas pécher par excès de cataloguer quelqu'un de dépressif, mais je n'arrive plus à me rappeler comment elle s'appelle cette échelle, donc vous voyez, je ne m'en sers pas si souvent que ça, voilà.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez la personne âgée ?

Heu bah par l'interrogatoire. Je dirais que ma tendance spontanée est à essayer d'évacuer, d'éliminer toutes pathologies organiques que je peux déceler qui peut être bon effectivement douloureux mais tout ce qui peut être réellement organique, un problème d'infection, un problème de fécalome, un problème de heu comment dire de surdosage médicamenteux, un problème heu, je dirais de de mauvaise organisation à la maison, évidemment toute la part des deuils, des soucis et des angoisses familiales bon qui apparaissent pas comme ça tout de suite, donc heu, ou on connaît très bien les gens, on connaît leur entourage et bon, on peut on peut aller tout de suite au sujet, soit on découvre en même temps qu'on découvre le patient et bon il faut 2-3

consultations quelques fois, parce qu'on peut le flairer, en se disant c'est curieux, pas comme d'habitude, je dirais qu'au départ c'est presque comme une impression où le patient qui vient en disant « je suis pas bien », bon bah alors déjà première question : « pas bien à quel sujet ? » ou je veux dire, on le sent pas bien, pas bien réactif de la même de la même manière, bon heu, la pharmacie vous appelle en vous disant « bah dis donc là il revient pour ses médicaments mais il est drôlement en retard » ou au contraire visiblement la boîte a été prise mais n'a pas été, n'a pas été avalée bon et cetera pour des traitements anti hypertensifs, thyroïde et cetera donc des choses absolument indispensables, heu, donc je dirais, on peut être repéré par l'entourage, la pharmacie, l'infirmière qui va faire une prise de sang à la maison, le kiné qui peut vous alerter en vous disant, « bon, du mal à marcher mais je vois pas vraiment pourquoi » quelques fois des petits symptômes qui parfois mettent la puce à l'oreille, nous enfin moi en consultation et puis bon plusieurs consultations un plus rapprochées à ce moment-là, pas pas tous les 3 mois, et et élimination de quelque chose d'organique. Je pense qu'en plus, ça a le but de les rassurer, ça me rassure moi bien sûr, mais heu d'être certain que les troubles allégués, fatigue et cetera, sont pas liés authentiquement, ne sont pas liés à une insuffisance rénale, ne sont pas liés à une anémie, ne sont pas liés à un problème thyroïdien et cetera qui convient de traiter d'emblée évidemment. C'est pas, on peut être dépressif et insuffisance thyroïdien c'est évident, mais si on traite pas la thyroïde on va pas aller très loin. Donc heu, donc y a d'abord ça, qui permet du coup, de recréer aussi le climat pour une future consultation et de pouvoir s'appuyer, même si on a perçu assez rapidement quelque fois que l'organique avait fort peu de chance d'avoir quelque chose d'anormal, mais ça permet déjà de, de ne pas être catalogué pour un patient tout de suite, surtout cette génération dont je vous disais, ils ne sont pas très habitués à parler d'eux même, sur un plan psychologique. Donc bon, « vous m'avez à peine pris la tension » et cetera bon bah voilà. Il faut quand même une visite générale, un examen complet, bon parce qu'on sait jamais, et puis une biologie le plus souvent, voire une radio, et puis pouvoir leur dire « oui vous avez beaucoup d'arthrose » « oui vous avez effectivement... regardez là il n'y a aucun problème dans votre prise de sang, tout se passe bien, c'est aussi bon que c'était y a 6 mois, mais là visiblement vous êtes pas bien, il y a quelque chose d'autre, mais on peut en parler, et c'est pas du tout, ce n'est pas une tare, c'est une maladie à prendre en compte aussi bien que le reste ».

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Alors les troubles cognitifs justement. Le début des

troubles cognitifs perçus, ou ceux que l'on craint parce que il y a un diagnostic dans une famille ou chez une voisine, donc là en général on voit arriver les les la belle-sœur, le beau-frère, la voisine et cetera, qui vous disent « bah voilà, vous avez vu Mme Machin » et cetera, qui évidemment a basculé, donne l'impression d'avoir basculé tout de suite, et la crainte où « ma mère avait ça, elle vieillit, est que effectivement... j'oublie tout » et cetera, alors là heu ou « je m'intéresse plus à rien », ou le conjoint qui peut effectivement alerter lui aussi, un peu le repérage de l'entourage. Alors pathologies, je réponds pas à votre question. Heu alors j'ai dit troubles cognitifs, alors évidemment c'est pas une pathologie mais je dirais un deuil prolongé, mal vécu, un peu au-delà des limites admises pour gérer ce genre de situation. Après peut être aussi une succession de poly-pathologies et d'événements organiques bien cadrés, bien pris en charge, ou plus ou moins qui donnent l'impression techniquement d'avoir bien été pris en charge mais de ses étapes on n'a pas eu trop le temps de discuter, d'expliquer, y a eu des malentendus dès le départ, ou y a eu un excès de de de précautions et finalement on a collé des angoisses terribles aux gens et bon je dirais que leur réaction c'est que je suis foutu voilà, donc heu voilà. Je dirais que c'est pas une pathologie en elle-même mais.... Bon après est ce qu'il y a des pathologies, bon je dirais qu'il y a l'hypothyroïdie qui s'associe souvent à ça, maladie de Parkinson, les maladies neurologiques en général, ou connues ou qu'on diagnostique quasiment en même temps. Après je dirais les grandes pathologies inflammatoires aussi, je dirais que, peuvent pour moi aussi s'associer, alors après elles ne sont pas la cause de, je ne pense pas, mais mes connaissances sont peut-être un peu parcellaire à ce niveau-là, mais je pense qu'il y a souvent une association de symptômes psychologiques ou qui cachent l'organique ou qui parce que pour certains c'est plus facile de dire qu'ils sont angoissés et dépressifs que ...heu... d'assumer une maladie du style heu heu j'allais dire une maladie de Parkinson, de ces maladies longues et pour lesquelles on sait qu'il n'y a pas forcément d'issues, d'issues terribles. Donc le ... (*cafouille*) je vais y arriver, les pathologies neurologiques au sens large, chroniques. Après, pas le sentiment qu'un diabète ou qu'une insuffisance cardiaque et cetera, c'est trop... alors tout ce qui est cardiaque, c'est tellement physique, c'est tellement bien cadré, que ça peut donner de l'angoisse mais c'est pas de la dépression pour moi, c'est pas, c'est pas le même contact, donc je dirais que c'est ces pathologies chroniques au contour un peu moins bien défini, pour lesquelles on n'a pas une prise en charge très... je dirais qui risquent de guérir. Je dirais aussi que c'est rare d'avoir une dépression suite à une infection, à moins qu'on se trouve dans une infection qui survient suite à tout un périple médical qui a concerné tous les organes donc heu là, à un moment donné, on peut

comprendre qu'il y a peut-être un...mais c'est majoritairement de l'angoisse, un peu de la dépression, voilà voilà. Je sais pas si je réponds très bien aux questions mais voilà.

Pour vous, quels sont les signes de gravité de dépression chez une personne âgée ?

Alors, le repli très marqué sur elle-même. S'il y a vraiment une anorexie et une perte de poids. Heu... quand y a un isolement effectivement, heu réel parce qu'y a plus de famille ou y en a pas ou ... ou les conditions sont pas requises parce que les gens, les enfants sont loin et cetera donc isolement, donc finalement quelque chose qui est sur le mode de vie ; donc les propos d'emblée, je dirais très péjoratifs, suicidaires, ça c'est évident, heu enfin d'emblée, légèrement recherchés, enfin quand même précisés dès le départ. Heu ... le... l'association effectivement aussi à... à une pathologie plutôt cognitive qui va rendre l'évolution un peu plus, un peu plus délicate, voilà.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Alors là on retrouve aussi bah l'isolement, quelqu'un qui se néglige complètement, heu qui est, qui est dans une angoisse terrible, qui risque aussi volontairement ou involontairement entre guillemets de se tromper dans sa prise de médicaments, parce que même si on peut faire passer une infirmière, il peut y avoir quelques fois des couacs. Heu... je dirais que ne serais ce quand il y a des génériques par exemple qui sont distribués, c'est une vraie, voire joyeuse pagaille, heu, heu donc quand y a une double, 'fin je veux dire, quand les patients se retrouvent avec deux boîtes, et qu'ils...même nom, ou pour eux ça signifie rien, ou ils savent à peine lire, ou que les couleurs ont changées, donc souvent ils se repèrent beaucoup aux couleurs et à la forme et ça peut donner lieu à des, des pseudo entre guillemets TS (*tentative de suicide*) qui sont de, croyant en pratique ils n'ont pas pris le bon médicament, ils ont pris un de chaque, donc ça peut donner effectivement, ça m'est arrivé une fois d'hospitaliser quelqu'un qui en toute bonne foi, j'ai découvert qu'elle ne savait pas très bien lire en fait, voilà, donc après la pauvre, elle a reconnu une ou deux lettres et puis elle a vu 2 couleurs différentes et elle s'est dit « ouh j'ai oublié de le prendre » elle a tout avalé, donc c'était un peu gênant c'était un bétabloquant, donc voilà je ferme la parenthèse. Donc heu heu j'hospitalise donc heu quand je vois où où y a vraiment une heu un isolement qui va pas pouvoir se gérer facilement et deuxièmement quand y a une quand y a des des une évocation suicidaire évidemment ou d'emblée ou au cours de la maladie, ou que je n'arrive pas à, à à améliorer l'état clinique si j'en suis déjà entre guillemets à mon deuxième

antidépresseur à dose progressive et cetera, donc voilà, quand vraiment ça pagaille. Donc hospitalisation, on va dire qu'on va essayer de passer par la case consultation la majorité des cas, sauf bon, heu délai super long, ce qui est classique, ou effectivement mise en danger heu heu quand même heu pesante voilà.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

Alors, je dirais justement, c'est là que mon expérience et j'en suis heureuse, paraît moins péjorative que celle qu'on nous décrit, parce que j'ai fait ma formation de gériatrie, c'était vraiment, je veux dire le taux de suicide de la personne âgée avait l'air gigantesque. Heu alors, je dirais est ce qu'il y a des petites morts qui sont à considérer comme des suicides, des gens qui laissent tout tomber bon, et qu'on essaie de remonter par la peau du cou, peut-être. Les vrais vrais suicides, parce qu'il peut, parce qu'en général ils sont très violents, et je dirais qu'ils se loupent pas. C'est... il y a beaucoup moins, je pense, de... je dirais de poignées de médicaments avalées, heu je dirais que c'est plutôt la pendaison, c'est plutôt heu je veux dire, je saute par la fenêtre, enfin et cetera, ça va être des... je vais me mettre sous un train bon voilà, c'est en général extrêmement violent. Donc c'est très perturbateur évidemment comme tout suicide mais encore plus parce qu'il y a ce côté inéluctable, et je dirais qu'il y a vraiment une démarche jusqu'au-boutiste, heu ... donc je dirais que c'est surtout... alors, comme tout suicide, ça me met en, je veux dire on a un sentiment médical d'échec, parce qu'on se dit « qu'est que j'ai pas perçu » ça on se le dit tous hein, je veux dire même si on n'est pas de la famille, même si on n'a pas vu le corps même si ceci cela, bon je veux dire c'est se dire comment je ne l'ai pas perçu. Alors s'il est inaugural alors c'est encore plus, et s'il est au cours de la thérapeutique c'est... c'est visiblement bon là, on s'est planté dans les grandes longueurs et que bon, heu c'est une une des situations où on est le plus mal à l'aise en tant que médecin parce que on est toujours mal à l'aise quand on perd un patient. S'il meurt de mort naturelle ... heu on n'est pas heureux du tout mais heu bon ça peut se comprendre, on essaie de se rassurer en se disant que bon c'est... on a fait tout ce qu'on a pu, mais là on a le sentiment de ne pas avoir fait tout ce qu'on a pu. Voilà. Même si au démarrage on a essayé de mettre des balises, de, je veux dire de mettre de l'échange de la présence, que quelqu'un arrive à ce geste et qui en général ne permet pas du tout le moindre retour, je dirais que ça ça met tout le monde mal à l'aise et je dirais que le médecin largement au premier plan. Voilà.

Avez-vous déjà rencontré cette situation ?

Alors directement heu... réfléchissons...je vous parlais de pendu... oui effectivement une fois oui,

une fois tout au début de mon installation, un monsieur qui m'avait dit « si je me retrouve en fauteuil roulant » bon, il pensait à de l'arthrose « bah je me fous en l'air », bon faut pas exagérer et bon effectivement il a considéré qu'il était pas dans le fauteuil mais qu'il y arrivait à grand pas et il s'est pendu. Bon. Alors c'est vrai qu'il venait de perdre sa femme, ça a pas dû arranger la chose et cetera, mais je reconnais que ça... ça m'avait largement refroidi, c'était entre guillemets mon seul pendu mais ça m'a suffi. Ça fait quand même un drôle d'effet quand vous allez constater la chose. Bon. Heu vrai vrai après, soyons franches, c'est pour ça que je disais que c'était pas si fréquent pour moi heureusement, parce que peut-être que forte de cette brève expérience entre guillemets heu c'est là où j'ai, j'ai pu jouer entre guillemets la carte hospitalisation. Mais heu, directement suicide, réfléchissons... je croise les doigts personne qui s'est jeté par la fenêtre... heu...heu... non non parce que suicide c'est des gens jeunes. Je trouve, c'est pour ça que je trouvais qu'il y avait plus de suicides chez les jeunes, quand même, voilà. Plus en proportion, me semble-t-il, dans mon expérience, mais heu bon aussi on se fait pas ses statistiques, 'fin moi je les fais pas, je veux dire, en comptant, c'est toujours forcément un individu, une personne, alors après évidemment, je peux vous citer plusieurs parkinsoniens, plusieurs pathologies cognitives et cetera mais je veux dire les suicides ça marque beaucoup, donc c'est pas... c'est tous âges confondus en fait. J'ai pas le sentiment vraiment qu'il y est une majorité heu... ils y pensent, ils peuvent l'évoquer, heu, mais heureusement me semble-t-il, on arrive quand même peut-être à ce que ... on arrive à rattraper un petit peu in extremis en se disant « non d'un chien t'es parti sur la mauvaise voie ». Le vrai problème il doit être là. C'est pour ça que t'arrives pas du tout à guérir ses douleurs parce que bon bah finalement le problème il est psychologique et c'est pas tous les antidouleurs de la création qui feront grand-chose » heu donc, je dirais... ou de se dire « zut mauvais diagnostic, enfin diagnostic imparfait, on va dire, incomplet » ou au contraire se dire, parce qu'on n'est pas tout seul et qu'on peut, que l'on peut que d'autres... d'autres intervenants peuvent récupérer un peu la donne. Et que c'est toujours dur d'hospitaliser quelqu'un dans l'urgence c'est pas simplet mais, merci les urgences médicales même si elles sont pas psychiatriques, y a quand même, on a des recours et des étapes intermédiaires aussi par le biais de consultations, heu c'est un peu le parcours du combattant mais on y arrive, quand même. On n'est pas tout à fait, on est pas tout à fait démuni en se disant « moi je suis généraliste qu'est-ce que je fais quand j'ai une situation qui me pose gros problème et où je sens une certaine urgence » voilà, donc je dirais, on a ... on a au moins un conseil téléphonique, on a une alerte, et bon je dirais on arrive à mettre en place des choses. Alors souvent vont entre-guillemets vont encombrer les urgences

médicales, parce que c'est le seul recours qu'on ait réellement dans l'urgence. Personne ne rentre en... en psychiatrie d'emblée, sauf les hospitalisations-là qui ont changé à la demande d'un tiers et tout ça, mais bon... le reste. Ça peut arriver qu'effectivement on fasse hospitaliser quelqu'un d'âgé renforcé qui refuse l'hospitalisation. La difficulté s'est plutôt d'essayer de convaincre la personne. Quand ils sont très mal ça peut aller, mais je veux dire, on leur demande quasiment pas leur avis dans ces cas-là, je leur dis « tanpis vous m'en voudrez, tanpis vous irez voir quelqu'un après, mais là, là, il est de mon devoir de vous hospitaliser. Heu je m'intéresse à vous donc il faut qu'on fasse quelque chose ». Mais après, c'est plutôt qu'y sont dans l'entre deux, qui perçoivent pas la gravité, ou qu'ont l'impression « oh ça va finir par passer » qui banalisent alors qu'en fait qu'ils sont venus vous voir heu, depuis quelques mois en étant fort mal. Alors ça c'est plus difficile de leur faire percevoir, qu'on a bien commencé quelque chose mais ça a pas l'air de donner le résultat requis et que ça serait bien qu'on ait une consultation et que comme la consultation on a un gros délai, voyez, bon. Je dirais on avance par étapes en essayant de tant que faire ce peu, en s'orientant vers une hospitalisation volontaire, plutôt que de les y contraindre. Parce que ça par contre, c'est un peu plus difficile à gérer après, voilà. Un peu beaucoup on va dire même. Voilà. Même si les gens s'en sortent bien, heu en général ils vont voir quelqu'un d'autre à la sortie, voilà.

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression de la personne âgée.

Oui.

Selon vous, quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Ah bah je dirais à mon avis non négligeable, hein heu, parce que je disais que des hospitalisations on en a, mais il n'y en a quand même pas des tonnes qui sont suivis par des psychiatres. Ceux qui avaient un passé psychiatrique oui, mais disons que moi je pense qu'on est vraiment un pivot et qu'en tout cas on est en première ligne, ça c'est certain. Et, ou, au minimum au début, au minimum à la fin, 'fin à la fin, je veux dire au bout de quelques mois, ça va être saupoudré de consultations dans le meilleur des cas, ou saupoudré de rien du tout et on va gérer la situation tout seul.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

Alors le suivi : consultation ou visite. Et heu, je dirais plus rapprochées au début... alors évolution du, alors réaction de la personne âgée à un traitement c'est vrai que c'est long. C'est, c'est quasiment le doublement, heu pour quand même juger de la

tolérance du médicament heu... je je réponds au téléphone aussi, mais je dirais qu'en pratique j'aime bien quand même leur fixer des dates de rendez-vous. Euh ... je me donne quand même au moins 6 semaines pour juger et si faut que j'augmente ou non le traitement, dose progressive, et en règle générale c'est au minimum une consultation par mois et... et après bon, quand les choses sont un peu plus stabilisées, effectivement on espace mais, ça peut aller jusqu'à 3 mois après quand les choses sont équilibrées, au même titre que on fait le renouvellement d'hypertension du diabète et du reste, voilà. Mais au début un peu plus rapproché et heu bon c'est là que je peux prendre l'avis, si visiblement je suis pas, pas à mon aise ou que je je trouve que les résultats sont décevants. Alors le temps que l'on ait un rendez-vous bon ça nous laisse le temps de faire éventuellement un deuxième essai thérapeutique, voilà.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Alors heu... je commence plutôt donc par des doses voire du quart voire du demi, pour améliorer la tolérance des débuts. Parce que si les gens arrêtent parce qu'ils sont nauséux et vertigineux, on a du mal à raccrocher après. Donc je préfère y aller très très mollo pendant 15 jours et, puis commencer à donner une dose active après. Donc je réévalue en fonction quand même des signes cliniques en fonction de ce que me décrivent les, les ... mes patients et je dirais de leur vécu sur des actes de la vie quotidienne, bon, la reprise d'intérêt des sorties, la reprise du poids, je dirais une, un élan qui revient, voilà. Des idées nettement moins moroses, un meilleur sommeil, enfin bon les classiques de la, la, les symptômes de la dépression.

Vous arrive-t-il d'arrêter des traitements ?

Alors oui, à un moment donné, c'est pas parce qu'ils ont été dépressifs un jour que ça y est ils sont, ils vont traîner leur traitement toute leur existence, non non, bien sûr, oui oui, oui oui, tout à fait.

Donc pourquoi vous les arrêtez ?

Bah parce que ça va mieux. Donc souvent c'est quand même une bonne année après. C'est quand même entre un an et un an et demi après. On peut réévaluer alors heu... heu... en se disant surtout en période estivale, surtout pas entre novembre et mars, heu... traditionnelle mauvaise période. Heu... je dirais que si vraiment les supports sont stables, que la personne a retrouvé aussi un équilibre de vie après un éventuel veuvage, et bon et bon heu... je dirais une organisation de sa vie, ou seule ou accompagnée, bon de meilleure relation avec son entourage, bon, je dirais ... une... heu... une reprise totale de ses activités et de son élan vital donc là, on peut tout à

fait arrêter, progressivement et on arrête.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Alors j'essaie d'utiliser plus d'antidépresseurs que d'anxiolytiques, au tout début il peut y avoir des benzodiazépines, pour une durée que j'essaie d'être de moins de 3 mois pour éviter de se retrouver coincé après. En général je dirais 1 mois et demi 2 mois heu quand y a une angoisse majeure. Les somnifères j'essaie de pas en donner. Alors je dis bien j'essaie, voilà, et de privilégier l'effet somnifère de l'antidépresseur. Alors dans les classes thérapeutiques, je dirais je mettrais la miansérine à part, parce que, d'ailleurs, je crois qu'elle a pas de classe à elle, à elle toute seule, c'est celle que je privilégie volontiers parce qu'elle a une aspect apaisant, sédatif qu'elle a quand même des dosages qui permettent d'augmenter progressivement, qu'elle a une bonne tolérance, qu'elle s'allie avec beaucoup de choses et que elle perturbe pas tout ce qui est cognitif, donc peut être celle que je choisirai en premier pour quelqu'un d'agé et considéré comme fragile. Après, les IRS (*inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine*), effectivement, qui sont quand même intéressants, heu, alors je dirais paroxétine heu... que j'essaie de vous retrouver les noms... là je suis de la génération qui réfléchit d'abord en nom médicamenteux... on va dire bon DEROXAT (*paroxétine*) SEROPLEX (*escitalopram*) heu... qu'est-ce que j'utilise NORSET (*mirtazapine*)... mmh ... c'est mes favoris entre guillemets. Moins le PROZAC (*fluoxétine*) qui est quand même très dynamisant, alors c'est vraiment pour les extrêmement ralentis hein, c'est pas mon premier choix on va dire, voilà. Je vais dire que je commencerais volontiers par miansérine, s'il y a quelqu'un qui a quand même une majorité d'angoisse, je vais mettre paroxétine DEROXAT peut être voilà en premier choix, heu... après aussi, ça dépend si c'est un ancien ou une ancienne heu... voilà qui fait une nouvelle entre guillemets poussée, voilà bah je vais tenir compte de ce que la personne a déjà avalé. Alors pas facile mais de temps en temps l'ANAFRANIL (*clomipramine*) peut être intéressant. Euh, je dirais comme comme comme médication quand il y a une somatisation importante, heu... Alors après c'est des médicaments souvent pas faciles à utiliser chez la personne âgée. Le LAROXYL (*amitriptyline*) est souvent très bien mais je veux dire aux doses qu'on devrait atteindre pour avoir pour être antidépresseur c'est hors de question, et puis il y a trop d'effets secondaires anticholinestérasiques et cetera. Donc heu... je dirais anticholinergiques. Heu... je dirais donc voilà, moi je dirais que c'est mon petit cercle au niveau médicamenteux, voilà.

En pratique connaissez-vous d'autres types de

thérapeutiques ?

Ah oui, ah oui oui. Là on parle du médicament mais évidemment pour certains heu... la psychothérapie va être parfait. Alors souvent faite par un psychologue, heu, ça passe mieux. Psychiatre aussi de temps en temps, je dirais, inconvenient des délais... heu...et surtout de l'absence totale de retour de courrier. Bon ça, je pense que je dois pas être la seule à vous le dire, mais heu les psychiatres ne sont pas des gens qui s'engagent, on va dire, les psychiatres libéraux. Les psychiatres de structure arrivent à vous faire des courriers quand même hein, voilà. Mais heu heu c'est toujours intéressant d'avoir confrontation quand même, d'avoir réponse à des questions, mais là c'est souvent quand même une spécialité pour lequel le point d'interrogation reste, mais bon si le patient s'améliore c'est déjà ça. Heu... donc après heu... je dirais qu'après ça va être des disciplines non-médicales c'est, je dirais l'inscription à des heu... entre guillemets à des activités de loisirs, qui sont pas forcément que sportives, mais qui vont être l'occasion de renouer du lien, soit bon je dirais des sorties thématiques comme on a sur la commune, bon où ils font un petit voyage un bon repas et ils discutent entre eux, ça peut être de la danse pour d'autres, ça peut être un petit voyage, fin un voyage tout court je veux dire 'fin voilà. Donc des, des sorties un petit peu plus de groupe, de retrouver le club des anciens, de ... ou de participer à un certain bénévolat selon l'âge qu'ils ont et leur, et leur autonomie heu parce que ils l'ont déjà fait et les inciter à aller à la bibliothèque, à donner un coup de main pour telle ou telle activité où, je dirais où leur savoir de cuisinier ou de pâtissière, parce qu'on va essayer de recréer une recette et cetera, de les refaire participer à la vie, à la vie de la commune le cas échéant, à la vie d'un groupe, de retrouver des amis ou de s'en faire, l'université tous âges et cetera, donc tout ce qui peut être on va dire activité ...heu...de loisir, de détente ou culturelle hein voilà, je mets tout un peu dans le même panier. Heu donc après, après qu'y a à les inciter à re-jardiner, à, à ... je dirais à faire quelque chose de leur main, à bricoler, heu voilà même si c'est pas d'un usage supplémentaire, voilà, tricoter, voilà ce genre de choses. Leur donner une place. Leur donner ... et je dirais dans certains cas pour beaucoup, leur redonner une place, parce qu'on est pas très, on n'est pas dans une société quand même qui intègre beaucoup, qui intègre beaucoup la personne âgée. C'est très individuel et, et les générations ne vivant plus sous le même toit, ce qui est sûrement un bien parce que je pense qu'on aurait un mal de chien à se supporter mais, heu, c'est pas simple d'avoir le lien. Quand on est plus jeune, je dirais qu'à l'âge où je suis, on s'y intéresse un peu plus, quand on passe la cinquantaine, on comprend certaines choses un petit peu mieux qu'on ne les comprenait à 20 ou 30 où ce n'était que de la théorie. Le... d'intégrer la personne, de lui laisser son

autonomie, de la préserver le plus longtemps possible quand ils sont à leur domicile, heu, mais pas les animer entre guillemets si c'était donner de l'âme mais bon les animations qu'on fait en maison de retraite me mettent toujours quelques fois un petit peu en porte-à-faux, parce que je me dis quand même, quand on leur donne, parce que pour certains c'est une activité de maternelle adaptée à des personnes âgées. Mais mais heu... je dirais qu'il faut arriver à doser entre, entre les capacités cognitives et les capacités psychiques qui sont souvent entremêlées et souvent perturbés. Mais je dirais qu'il faudrait plusieurs niveaux. Je dirais qu'il y en a qui vont être très heureux d'empiler des cubes, de faire des jeux en bois, de de de jouer au loto, de lancer des ballons, et il y en a pour qui effectivement, c'est c'est beaucoup trop bas quoi. 'fin voilà. Il faut un niveau, mais qui ont pas l'élan suffisant pour le faire tout seul, il faut, qui faut effectivement stimuler. Alors on y réussi plus ou moins hein c'est vrai.

Qu'est qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Alors psychiatrique vous voulez dire vers un psychologue ou un psychiatre ?

Vers un psychiatre

Vers un psychiatre. Heu... quand je dirais que je sens qu'il y a des choses à dire mais que le patient a du mal à évoquer... heu et aura peut-être besoin d'une autre... de quelqu'un d'inconnu pour lui, je dirais même s'il y a, je veux dire quand on connaît toute la famille, ça peut aussi être quelque fois un peu gênant, ils ont envie de quelqu'un de neuf. Heu donc ça peut être ou ça, ou ça peut être effectivement parce que je butte et que je sens qu'il va falloir, qu'il va y avoir besoin d'autres choses, que je souhaite un avis complémentaire au mien, parce que c'est plus grave ou simplement parce que je pense qu'on pourrait mieux faire et je dirais que là, que le patient répond en partie au traitement mais que, qu'il faut creuser un peu plus derrière et qu'il a pas osé jusqu'à présent le faire, que visiblement il le fera pas avec moi donc, que ce soit quelqu'un d'autre donc autant faire ce peu, que ce soit un avis spécialisé.

Pensez-vous que la dépression chez la personne âgée est différente des autres ?

Heu chronophage, encore plus je pense. Et qu'il faut tenir compte de la ... encore plus des conditions sociales, financières heu... pratiques on va dire, du domicile et cetera, je pense qui, oui, c'est c'est un peu différent car là vraiment, on est sur une personne dans sa totalité... heu et pas simplement sur une pathologie en comptant sur des gens un peu plus jeunes autour de soi pour s'en occuper, je pense qu'on n'a pas à faire vivre aussi aux enfants d'un patient

dépressif la gestion de cette épisode-là. Ça doit pas être fait à n'importe quel âge mais encore plus quand les gens vieillissent. Je disais que les liens se distendent mais ils doivent être des liens pas de thérapeutique, c'est pas aux enfants de, c'est pas aux conjoints, c'est pas (*aux*) voisins de faire les psychiatres de substitution. Je veux dire, ils peuvent être là lanceur d'alerte, ils peuvent être là bon, ne pas abandonner la personne et décrocher le téléphone à sa place, mais bon c'est pas ... c'est pas à eux du tout d'intervenir. Donc je pense, c'est à nous d'essayer en tant que généraliste parce qu'on est, on peut, on peut aller au domicile, on peut connaître l'entourage, essayer de creuser autant que faire ce peu, pour pouvoir entourer la personne, essayer de la comprendre, et essayer de l'aider dans tous ces aspects. Quelques fois, de relancer une activité manuelle va être aussi bénéfique que la moindre consultation chez le psychiatre qui va être refusée d'emblée. Alors il faut savoir reposer, il faut trouver le bon moment, essayer d'expliquer, que bon l'aura du psychiatre qui ne traite que les fous évidemment c'est pas ça du tout. Mais je dirais savoir heu... heu... je dirais être présent au moins, être à l'écoute, et bon aussi, aussi bon thérapeute qu'on peut l'être, voilà.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon plus globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la dépression chez personne âgée ?

Alors la lenteur de réponse, et quelques fois de se dire parfois « ça marche pas, faut que je change, que j'augmente je ci je là, oh c'est bizarre pas l'air de réagir. » Ça c'est la partie thérapeutique, je dirais dans la partie diagnostic « est ce que je me suis pas trompée quand même ? » « Est ce que j'ai bien évalué la chose ? » à sa gravité, et à sa juste valeur. Euh, donc je dirais que voilà, ça je dirais que c'est peut-être les deux étapes. Après heu bon, est ce que je dois arrêter ? Ça va tellement bien. Question qu'on se pose tout le temps. Est-ce que voilà je maintiens, somme toute c'est pas une dose énorme, tout se passe bien. C'est vrai. Donc vous me disiez est ce que j'arrête ? Oui, mais finalement y en a peut-être que j'aurais pu arrêter avant, qui n'étaient plus absolument nécessaires. Mais quand on voit heu je dirais aussi les rechutes éventuelles ou le mal-être qui peut, qui peut être là, même si on a fait dans les règles de l'art en diminuant tout doucement, parce qu'on est censé arrêter d'un coup mais faut surtout pas le faire dans la pratique. Mais heu...

Pourquoi ? Pourquoi dites-vous ça ?

Bah je dirais que quand on ouvre le VIDAL on peut très bien arrêter du jour au lendemain la prise des IRS heu je dirais que tous ceux qui l'on arrêté par mégarde parce que c'était un week-end, ils avaient

oublié d'aller à la pharmacie prendre leurs boites n'ont pas très bien vécu l'épisode hein. On a intérêt hein quand même, à diminuer progressivement. Et plus c'est âgé plus ça doit être progressif. Voilà. Je dirais que ça, se laisser le temps avant de juger, mais se, se laisser un double de temps dans la, dans la réduction des posologies et leur arrêt éventuel. Savoir remonter et ne pas arrêter quoi voilà, ne pas... Pas facile au, au, au début, au milieu, à la fin, il y a quand même effectivement des difficultés, est ce que je continue et j'arrête, j'arrête ou est-ce que je continue, ou est-ce que j'arrête ? Heu c'est quand même la question qu'on peut se poser au bout d'un an, 2 ans, 3 ans quoi bon. Le patient arrive à 100 ans qu'est-ce que je fais ? Bon... est-ce que c'est encore légitime ou est-ce que je ne touche à rien ça se passe pas mal.

Comment avez-vous été formée concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Alors la fac forcément... euh ... on va dire les facs et heu la heu uniquement par cours... lecture d'articles et ... soirées entre guillemets de formation médicale continue.

Ces formations vous semblent-elles suffisantes ?

Grand pas entre... je dirais qu'elles restent en général très intellectuelles, donc tout à fait intéressantes mais heu... pas toujours adéquates à la prise en charge réelle de terrain. Je dirais... bon heu... globalement quand même ça me paraît pas si mal, mais heu c'est la spécificité de notre métier et surtout quand on est généraliste, c'est d'être surtout en première ligne sur une ligne très large, pas très profonde mais très large et d'être là pour débroussailler le terrain. Je pense que notre meilleur rôle c'est d'essayer de comprendre essayer de justement ce que j'appelle débroussailler et, ou de se dire « ouh là il me semble que j'ai les clefs en main, je peux tenir la situation et avancer » ou savoir passer la main. Donc, ça c'est valable pour toutes pathologies qui peuvent être prises en charge par ce que j'estime par la médecine générale. Heu donc là la psychiatrie c'est toujours un peu plus subtil parce que c'est plus long, c'est plus lent, heu et que le la personne âgée va aussi être moins causante, heu se livrera moins facilement, donc je dirais que c'est globalement une histoire de temps. Alors il faut le jouer tranquille mais alors en essayant de ne pas laisser passer le cap dangereux heu pour lequel alors là l'hospitalisation s'avère absolument indispensable. Voilà mais enfin je pense qu'elle n'est pas non plus inaccessible à la gestion en médecine générale. La preuve, je pense que dans la proportion euh ... on traite tous plus ou moins des des gens âgés en dépression et et heu alors après par goût on peut très bien essayer de les filer aux copains et s'occuper d'autres pathologies. Certains disent bien « moi tout ce qui est psychiatrie ça ne m'intéresse pas, je ne me

sens pas à l'aise » ... on a tous un peu nos sujets de prédilection. Mais c'est vrai que c'est preneur de temps, ça c'est évident, c'est, c'est, je veux dire on peut pas traiter une consultation psychiatrique en un quart d'heure, vingt minutes. Je dirais... peut-être pour un renouvellement de médicaments si ça roule, mais je dirais faut vraiment qu'y ai que ça parce que bon, c'est pas rarissime qu'y ai que ça chez une personne âgée.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression chez la personne âgée ?

Alors permettre peut-être un accès plus facile à des structures intermédiaires qui ne soient pas psychiatriques, je veux dire, qui ai un meilleur retour là au moins écrit d'indications et de discussions offertes par un psychiatre, ou une équipe psychiatre-psychologue dans le cadre des CMP (*centre médicopsychologique*) heu ... qui s'engagent un petit peu plus je veux dire de manière claire. Heu... que heu... on puisse peut-être se rencontrer, ce qui se fait dans certains cas, entre, entre confrères et entre paires, pour pouvoir effectivement avoir un échange qui soit un peu plus, peut-être pas forcément un cours mais qui soit justement une étape de terrain mais avec un regard de spécialiste aussi pour qu'on puisse aussi discuter de nos de nos difficultés ou de ce qu'on a l'impression d'avoir bien géré mais qui est peut-être pas si bien, hein voilà. Peut être plutôt c'est aspect-là, pour le médecin et puis aussi pour avoir quand même un accès un peu plus simplifié. Mais là faut pas se leurrer, je crois pas qu'on aille vers une augmentation des, du nombre des psychiatres formés, je pense que ça va manquer cruellement comme nombre d'autres, je dirais, éléments du corps médical et il va falloir qu'on se débrouille pour l'instant avec les moyens du bord, donc ...il faut être pratique. Enfin voilà.

10.12. Entretien 12

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Alors il y a 2 types de personnes âgées. Il y a les personnes qui sont âgées parce qu'en fait ils ont leur âge, et puis il y a des personnes qui sont âgées parce que... ils ont une déconnexion avec ... avec la vie après la retraite et en fait c'est eux qui se définissent comme âgés. Ça n'a rien à voir avec leur âge.

Que pensez-vous de la dépression ?

La dépression c'est un phénomène un peu particulier, parce qu'en fait ça prend de multiples visages... et ça peut être réactionnel à de nombreuses choses. Chez les personnes âgées la dépression est souvent liée à

l'âge à la déconnexion avec le restant de ... des gens plus jeunes, hein et l'impression d'être mis à l'écart et de ne pas faire partie de la vie habituelle.

Comment la définissez-vous ? La dépression.

La dépression s'est souvent une dévalorisation de soi-même, et puis... qui donne lieu à des phénomènes anxigènes très importants.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

(*Silence, réfléchit*) ... alors il y a deux types de personnes âgées qui parlent de la mort. Il y a des gens qui parlent de leur mort parce qu'ils estiment que c'est le bout de la vie, c'est quelque chose qui est normal et ils prennent ça finalement assez bien. Et puis y a des gens qui... qui ne veulent pas affronter cette notion et qui essaient de, de repousser le plus... hein... l'idée de... qu'un jour la vie, la vie finira et que bon bah comme ils disent « bah il va falloir y aller ». (*Rit*)

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression de la personne âgée ?

Alors la dépression de la personne âgée ça peut se voir dans 2 choses. D'abord dans son discours et puis ensuite dans son corps, hein, et il y a beaucoup de... il y a beaucoup de dépression masquée où les gens multiplient en fait heu... les signes pathologies et en fait c'est une manière pour eux de demander une prise en charge... somatique mais bien souvent psychologique.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non souvent c'est... avec un échange avec eux. Souvent je les connais depuis longtemps. Hein puisque là moi j'arrive en fin (*rit*) en fin de parcours donc c'est des gens que je connais depuis longtemps et on échange assez bien parce qu'on se connaît bien. Donc heu c'est vrai que quand ils commencent à avoir un discours qui se modifie, quand ils commencent à, à présenter une accentuation de leur pathologie, qui en fait ne devrait pas être parce qu'en fait ils ont des traitements bien équilibrés. C'est vrai que là il faut se méfier un petit peu et puis rechercher un peu ce qu'il y a derrière.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez une personne âgée ?

... (*murmure quelque chose*) ... essentiellement sur son discours que bon, à partir du moment où il est dépressif, le discours change. On voit quand même émerger hein des idées noires, une espèce de repli sur soi et... souvent une... ... un refus de parler des problèmes qu'il y a derrière.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non. C'est souvent dans le rapport qu'on a et dans le changement d'attitude et dans le changement dans le discours qu'on repère les signes de dépression.

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Oui, pas mal. Tout ce qui est pathologie neurologique, en particulier le Parkinson ça s'arrête jamais. Heu...certaines pathologies cardiaques, c'est vrai que chez des personnes de 80 ans, on leur monte des stents parce qu'ils ont des problèmes, ils ressortent ils sont ... là c'est vrai qu'ils sont très déprimés parce que ils ont un peu l'impression de frôler la mort ; et ce n'est pas très facile, pour eux de reprendre le cours normal des choses.

Quels sont les signes de gravité pour vous de dépression chez une personne âgée ?

C'est quand ils commencent à avoir des idées morbides, quand ils commencent à parler de la mort, quand ils ... quand ils sont à vous dire qu'il n'y a plus d'intérêt pour la vie, qu' ils se sentent seuls, qu'ils se sentent abandonnés par leur entourage, qu'ils n'ont plus d'intérêt pour rien. Là c'est quand même des signes de gravité.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Alors je fais hospitaliser certains patients quand ils commencent à avoir des idées suicidaires, parce que... j'en ai eu quelques un malheureusement. Ils m'en avaient parlé et j'ai pensé que les médicaments suffiraient et puis ça c'est plutôt mal passé donc heu... parce qu'ils sont passés à l'acte et on les a perdus. Donc heu quand ils commencent à avoir des idées suicidaires de façon assez précises je crois qu'il vaut mieux les hospitaliser. Et d'ailleurs on a un centre de gérontopsychiatrie à l'Arbresle, et ils sont pris en charge par des psychiatres spécialisés pour les personnes âgées et on a d'excellents résultats. Ils arrivent quand même à les remettre sur pied très rapidement. ... parce que quel que soit leur âge, ils redoutent toujours l'hospitalisation.

Oui, c'est à dire ? ils redoutent ?

Bah pour eux, aller à l'hôpital c'est quelque chose qui est mal vécu. Parce qu'ils se disent « si je rentre à l'hôpital est ce que je vais en sortir ? » (Rit) C'est quelque chose pour eux qui est très difficile. Alors pour aller à l'hôpital s'ils se cassent un bras s'ils se cassent une jambe, mais pour des problèmes uniquement d'ordre psychologique, pour eux, c'est très difficile à accepter.

Vous avez commencé à m'en parler, mais que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

Malheureusement le suicide de la personne âgée c'est quelque chose qui existe. Heu... que j'en ai eu

quelques un et ce n'est pas très facile à prévoir, donc heu... parce que les gens... lancent des signes de SOS mais ce n'est pas toujours facile à repérer et heu... quand ils passent à l'acte bon bah ils ont décidé, décidé de mourir et heu...et ils meurent. (Silence)

On va à présent s'intéresser au traitement de la dépression chez la personne âgée. Selon vous quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Alors quand c'est une pathologie qui n'est pas majeure, qui ne nécessite pas l'intervention du psychiatre immédiate, je pense que le médecin généraliste est à même de prendre en charge ce genre de pathologie. Puisqu'on a quand même un arsenal thérapeutique qui est assez développé avec des médicaments qui sont adaptés aux sujets âgés.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

Alors le suivi du traitement bah c'est comme chez la personne, chez la personne jeune. On va revoir, je revoie les gens à 8 jours pour voir un peu ils comportent, comment ils supportent parce qu'en fait on n'a pas encore d'action majeure sur la thymie. Et puis en général je les revoie tous les dix jours pendant le premier mois et puis quand heu ça commence à s'améliorer, à ce moment-là, on... on écarte un peu les consultations.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

C'est selon la réponse. En fait, j'utilise volontiers le SEROPLEX (*escitalopram*) parce qu'en fait c'est très bien toléré par les personnes âgées. Je commence avec des petites doses et puis heu... si c'est bien toléré je monte rapidement pour essayer d'avoir une réponse heu... correcte, dans les meilleurs délais.

En pratique, vous arrive-t-il d'arrêter des traitements ?

(Réfléchi) J'arrête les traitements et je change de molécules s'il y a des phénomènes d'intolérance. Et puis j'arrête les traitements quand les gens ont bien récupéré.

Comment vous l'arrêtez ce traitement ?

Je les sèvre progressivement. Je diminue les doses. SEROPLEX par exemple, bah quand on est au SEROPLEX 20 (mg) bah je passe au SEROPLEX au 10(mg) pendant 15 jours puis au 5(mg) pendant 15 jours et puis j'arrête.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Bah j'essaie... j'utilise des antidépresseurs et puis j'essaie de me passer des benzodiazépines, dans la mesure du possible, parce que c'est vrai, ça marche très bien sur tout ce qui est phénomènes anxieux et cetera mais on a très rapidement un problème

d'accoutumance. Et puis après pour sevrer les gens c'est très difficile. Et comme, c'est comme pour les somnifères, ils sont très demandeurs (*sourit*) parce comme ils ont une quantité de sommeil qui diminue (*sourit*) avec l'âge, quand ils dorment moins, ils ont l'impression de moins dormir et quand on commence à leur donner des ... des somnifères après on, on est coincé. Comme ils dorment bien, ils veulent plus en décrocher.

Lesquels préférez-vous ?

Je je préfère les IRS (*inhibiteur sélectif de la sérotonine*) parce que les autres ils sont plus difficiles à manier chez les personnes âgées.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ?

Oui. Bah y a la psychothérapie, mais bon il faut que la personne soit d'accord pour aller voir le psychiatre. Ce n'est pas très facile à faire accepter, parce que dans ce genre, dans cette tranche d'âge, pour eux aller voir le psychiatre, pour eux c'est « ah je ne veux pas aller voir le psychiatre parce que je ne suis pas fou ». Chez les jeunes c'est beaucoup plus facile, parce que quand on leur explique comment se déroule une psychothérapie ils acceptent volontiers quand ils sentent que le traitement est pas suffisant. Mais les personnes âgées c'est très difficile.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Bah quand je sens que vraiment le traitement médicamenteux et les entretiens que je peux avoir avec eux, ne sont pas suffisants et que les choses n'avancent pas du tout. Je pense que l'intervention du spécialiste est quand même importante, hein. On a souvent des conseils pour modifier des traitements médicamenteux et puis heu... souvent la prise en charge se passe sans problème.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente de celle des autres ?

Ah oui tout à fait. Je pense que ... les gens plus jeunes, on manie les antidépresseurs de façon plus facile, parce qu'on n'a pas la fragilité qu'on a chez les personnes âgées, hein. Et puis ... il y a souvent des pathologies associées dont il faut tenir compte, ce qui n'est pas évident, parce que ... quand on a des poly-pathologies, on a parfois des interactions très désagréables et puis faut vraiment choisir des traitements où on risque pas ni de les faire tomber, ni de leur donner des vertiges, ni de leur donner des problèmes cardiaques, des choses comme ça. ... donc chez les poly-médicamentés ce n'est pas très facile.

Nous allons maintenant discuter de la façon dont vous prenez en charge la dépression de la personne

âgée de façon plus globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans cette prise en charge ?

... la plus grosse difficulté souvent c'est qu'ils viennent en disant qu'ils ne sont pas bien, quand ils ont tout un tas de troubles, des choses comme ça, la plus grosse difficulté c'est de mettre le doigt sur, sur le fait qu'ils soient dépressifs et qu'ils acceptent qu'on leur dise « vous avez des problèmes d'ordre psychique hein et on va en parler et on va les prendre en charge ».

Comment avez-vous été formé concernant la dépression de la personne âgée ?

Bah j'ai été formé parce que j'ai suivi une, un séminaire de FMC (*formation médicale continue*) qui parlait des personnes âgées. Pas seulement des pathologies, des pathologies psychiatriques, donc il y avait un petit peu toutes les pathologies et on est arrivé aux pathologies psychiatriques puisque ça faisait partie du séminaire. Donc on a... eu un grand exposé par un psychiatre spécialisé qui nous a donné des conseils pour la prise en charge de ces patients.

Ces formations vous semblent-elles suffisantes ?

Bah je croie qu'il y a la formation et puis il y a ce qu'on voit au cabinet, donc heu on essaie de mettre en pratique la théorie mais ce n'est pas toujours facile.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer cette prise en charge ?

Je pense que, qu'il faudra quand même qu'on ait heu... qu'on ait des contacts plus souvent avec les gériatres, et les ... les psychiatres qui s'occupent de gérontopsychiatrie.

C'est à dire ?

C'est à dire qu'on leur confie et puis ... heu... les gens ressortent avec une lettre et puis on ne dialogue pas avec ces gens-là. Ça serait intéressant qu'on puisse rencontrer 2 ou 3 fois dans l'année pour pouvoir faire le point sur ce qu'il se fait et ... pour la prise en charge.

10.13. Entretien 13

Nous allons d'abord commencer par des questions d'ordre général. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Ouh là, heu pff... (*pause*) bah non, là je ne sais pas quoi répondre là, heu... heu... alors ça, ce genre de questionnaire, j'ai du mal moi, ça... Pour moi c'est très compliqué. (*Se racle la gorge*) Heu c'est une personne euh... j'en sais rien, je sais pas comment le définir.

Est qu'il y a un âge que vous donnez ? une limite ?

Bah (*soupir*) non je, c'est pas, c'est pas en fonction de l'âge en fait, c'est en fonction un petit peu de... (*pause*) c'est en fonction un petit peu des handicaps qu'elle peut avoir, c'est fonction de ses problèmes pathologiques, voilà. Et y a pas de, pour moi, il n'y a pas d'âge limite à partir duquel on est une personne âgée ou on ne l'est pas quoi. Voilà bon.

Que pensez-vous de la dépression ?

Pff (*soupir*) Non mais ce genre de questions j'avoue, j'ai beaucoup de mal, c'est des questions un peu générales, je ne sais pas quoi vous répondre là. Je suis très mal à l'aise avec ce genre de questionnaires quoi. Euh... qu'est-ce que je pense de la dépression, j'en sais rien, je sais pas, je sais pas ce que vous me demandez en fait, je sais pas ce que vous voulez de moi...

Ce que ça vous évoque, est-ce que ça créé une réaction chez vous...

(*Silence*) Bah je sais pas quoi vous répondre là.

Comment définissez-vous la dépression ?

Euh... bah la dépression c'est un ... pff(*soupir*)... heu sur le plan médical vous voulez dire ?

Oui.

Bah c'est tout un ensemble de symptômes heu... heu, bah vous connaissez aussi bien que moi, bah voilà. Je j'ai j'avoue que j'ai beaucoup de mal avec ce genre de questionnaire, ça pour moi, ça s'est compliqué, je sais pas quoi vous répondre heu, je suis pas à l'aise là.

D'accord (silence)

Je pense que ça va être compliqué pour, pour (*petit mouvement de recul comme si l'entretien était fini*)

On va avancer, on va avancer. Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

(*Silence*) qu'est-ce que ça m'évoque ? (*Long silence*) bah je sais pas.

C'est une situation que vous avez déjà rencontrée ?

Bah oui oui, bien sûr oui. J'ai bien peur que mon interview vous serve pas à grand-chose en fait, parce que j'avoue je j'ai du mal à rentrer dans ce genre de... de questionnaires.

Pourquoi ?

Donc euh...

Je vais vous poser des questions et puis vous répondrez à celles, à celles qui vous parlent

Oui

Et, et puis sinon on avancera.

Oui

Comment repérez-vous une personne âgée dépressive ?

Bah quand il y a une baisse de l'élan vital, quand il y a une baisse des activités auxquelles elle s'adonnait habituellement. Elle laisse tomber, elle ... heu... heu, elle s'occupe pas de son aspect physique euh..... voilà quoi enfin bon. Tous les symptômes de dépression avec les, chez la personne âgée ça peut prendre un masque un peu plus atypique, hein, voilà mais... (*silence*) voilà.

Utilisez-vous des outils ou échelles ?

Non pas trop non.

Pourquoi ?

Parce qu'en fait euh... moi c'est plus en fait à l'interrogatoire, enfin non, je ne me sers pas trop de ça non.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez une personne âgée ?

Bah sur les éléments dont on a parlé tout à l'heure. (*Silence*)

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Bah oui, les pathologies neurodégénératives : la maladie de Parkinson, Alzheimer, heu entre autres quoi. Ou toute pathologie qui entraîne une réduction de l'autonomie, donc heu les gens se sentent diminuer, donc ça peut générer, ça peut être à l'origine d'un état dépressif.

Quels sont pour vous les signes de gravité d'une dépression... d'une personne âgée dépressive ?

Bah les signes de gravité c'est quand heu, quand, heu, s'il y a des éléments, bon s'il y a des éléments, des idées suicidaires, ça d'accord. Mais c'est aussi quand il y a une... heu... quand il y a un syndrome de glissement, quand ... (*pause*) oui quand... (*silence*)

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Bah sur, quand il y a des éléments de gravité (*sourit*) et surtout quand l'entourage est pas, quand il y a pas d'entourage par exemple. Euh... quand je sens qu'il y a pas d'aidants, quand il y a pas de... heu oui quand il y a pas d'entourage familial. Voilà mais bon, moi ça marche un peu au feeling en fait. J'ai pas de euh... là, vous me posez des questions précises euh... (*silence*) mais en fait, c'est un petit peu au ... c'est au feeling ouais. Voilà.

C'est-à-dire, qu'est ce qui va vous mettre la puce à l'oreille ou vous prendre une décision plutôt qu'une autre ?

Bah ces éléments dont on a parlé, les éléments de gravité, c'est-à-dire quand je sens qu'il y a des critères de gravité, qu'il y a des, oui quand il y a pas d'entourage, quand la personne est complètement isolée, que... que sur le plan somatique il y a des problèmes aussi, enfin. Tout un ensemble de choses quoi.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

Ce que ça m'évoque ? (*Long silence*) bah je sais pas quoi vous répondre là.

Est-ce que c'est une situation que vous avez déjà rencontrée ?

Euh... (*soupir*) oui ça m'est arrivé une fois, c'est même moi, c'est même moi qui suis allé le réanimer, chez lui. C'est un monsieur qui s'était pendu, donc qui avait été dépendu par son fils et moi je suis arrivé tout de suite après quoi... donc ça m'est arrivé une fois.

C'était un de vos patients ?

Ouais.

Et vous vous êtes senti comment dans cette situation ?

Et bah là j'étais, c'est moi qu'il ait intubé, qui l'ait ventilé, donc je veux dire, moi j'étais dans l'action donc euh... heu moi c'était surtout, j'avais surtout besoin d'être efficace et, et d'ailleurs, il s'en est sorti le gars. Après j'ai j'ai plus eu, je l'ai perdu de vue mais heu voilà donc heu. Moi j'étais plutôt dans ... (*silence*) ouais je sais pas.

A présent intéressons-nous au traitement de la dépression chez la personne âgée. Selon vous, quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Bah... (*réfléchit*) bah oui c'est une place, oui une place importante, surtout que le diagnostic est pas toujours facile chez la personne âgée, c'est plus compliqué quand même, c'est moins, ça peut souvent être masqué, ça peut prendre des formes un peu... atypiques. Donc il faut déjà faire le diagnostic et en plus, après euh... qu'est-ce que vous m'avez posé comme question ?

Selon vous quelle place a le médecin généraliste

Oui bah une place importante je pense oui.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

(*Silence*) bah hum... (*pause*)... comment est-ce que j'effectue le suivi, bah en... ; de toute façon, la personne je la revois, donc je vois s'il y a un progrès,

s'il y a pas de progrès, éventuellement, je la confie, ça m'est arrivé de la faire hospitalisé quelques temps... en psychogériatrie par exemple. Ou d'avoir un avis, d'avoir un avis psychiatrique si vraiment c'est une situation sévère, difficile.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Bah... en fonction du résultat, si je vois que ça va pas bah ... je change le médicament ou je prends un avis ou ... voilà.

En pratique vous arrive-t-il d'arrêter des traitements ?

Oui ça m'arrive oui.

Pourquoi ?

Bah soit parce que je pense que ça va mieux, soit parce que je pense qu'il est pas adapté, soit parce que, oui enfin ça m'arrive.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Vous voulez dire... pour la dépression vous voulez dire ?

Oui

Oh bah j'utilise souvent l'ATHYMIL moi chez la personne âgée, la miansérine, j'évite le plus possible les anxiolytiques quand je peux, hein. Voilà. Donc heu, c'est souvent la miansérine que j'utilise.

Pourquoi ?

Parce que il y a moins d'effets secondaires euh... il y a moins d'effets secondaires et puis c'est, c'est un... il se trouve, enfin je crois que c'est, je crois que c'est un médicament qui marche bien quoi.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ? Lesquels conseillez-vous ? Pourquoi ?

Par rapport à la dépression ?

Par rapport à la dépression

Oui bien sûr il y a d'autres types de médicaments

Non je veux dire d'autres types de thérapeutiques en dehors du médicament.

Chez la personne âgée ?

Oui.

Bah il y a le suivi psychothérapeutique mais c'est plus compliqué chez la personne âgée, enfin je pense, c'est pas forcément, on sent que c'est plus compliqué quand même comme... comme démarche. C'est pas forcément évident quoi pour une personne âgée.

Pourquoi ?

Parce qu'elles sont pas dans cette culture-là. Enfin il me semble hein, enfin moi je ne suis pas spécialisé dans les personnes, la personne âgée non plus.

Oui. Ce n'est pas ce que je vous demande.

Mais euh... une personne âgée si je lui dis « je vais vous montrer au psychologue », il y a, c'est pas forcément bien accepté quoi.

*Est-ce que c'est quelque chose que vous conseillez ?
Même si vous le percevez moins bien reçu que...*

Je tâte le terrain, je tâte le terrain et je regarde, enfin oui je le conseille, je vois à peu près le contexte, si si, si je vois que manifestement la personne ne va pas y adhérer, je ne lui pose même pas la question, quoi.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

C'est quand je suis dépassé. C'est quand je sais plus trop comment faire, comment je vais m'en sortir, mais heu c'est souvent compliqué parce que les délais... les délais sont longs. Pour avoir un rendez-vous c'est compliqué quoi. Donc on a intérêt à se débrouiller tout seul quoi. Autant que possible. Bon, ça m'est arrivé quand même d'appeler en urgence, à Saint Jean de Dieu (*hôpital*), quand j'avais vraiment une difficulté quoi. A ce moment-là on arrive quand même à gérer rapidement mais... heu... si on peut y arriver quand même, si vraiment il y a une urgence, ça m'est arrivé de faire hospitaliser en urgence quand même. En téléphonant directement dans le service quoi.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

Bah oui je pense oui. C'est pas tout à fait pareil. C'est pas pareil qu'à 30 ans quoi. C'est c'est... ouais je pense qu'il y a une différence oui.

Pourquoi ?

Bah parce que tout simplement parce que... il y a plus le ...Je veux dire leur espérance de vie est quand même limitée donc heu ils ont pas le même, il y a pas les mêmes perspectives quoi. Et puis heu il a les effets du vieillissement qui font que... ils sont diminués, donc je pense que tout ça ça change beaucoup de choses.

Dans votre pratique ça change des choses ?

(Pause) Ah oui, forcément, oui.

A quel niveau ?

(Réfléchit) Bah pff *(pause)* heu je sais pas, je sais pas quoi vous répondre là, c'est...

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

(Long silence) Quelles difficultés ? Bah... j'en sais rien, c'est au cas par cas quoi. Je sais pas quoi vous répondre. C'est au cas par cas, chaque cas est un cas particulier, chaque cas est différent donc c'est une question trop générale ça, je sais pas quoi vous répondre.

Comment avez-vous été formé concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

J'ai pas eu de formation bien particulière, moi j'ai mes formations pendant mes études de médecine et puis c'est sur le tas quoi, surtout.

Est-ce que ça vous semble suffisant ?

Heu non c'est sûrement pas suffisant mais euh... heu... on a toujours des choses à apprendre, des choses nouvelles à apprendre donc forcément non, sûrement pas non. Toujours, on peut toujours faire mieux, je pense.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer cette prise en charge ?

(Pause) Bah heu, par des formations, par des formations adaptées, mais, ça c'est à nous de faire la démarche. Parce que des formations, ça doit exister mais voilà.

10.14. Entretien 14

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Ha ! Vous n'avez pas plus simple ? *(En riant doucement)* Comment je définis une personne âgée ? Je ne sais pas. Je ne saurais pas répondre à cette question. *(Le téléphone sonne s'excuse, répond, puis coupe le téléphone)* Comment on définit une personne âgée, je ne saurais pas vous dire. A part si on parle uniquement d'une question d'âge mais sinon... il y a des jeunes vieux, il y a des vieux jeunes, c'est, c'est une question piège. Pour moi en tout cas, je ne sais pas pour les autres mais je ne sais pas, ce n'est pas...

Vous me parlez d'âge ?

Ouais *(souponne)* mais après j'ai des patients de 75 ans qui ne sont pas vieux et des patients de 60 qui sont des vieux emmerdeurs ou des vieux tout court. Je ne sais pas, c'est difficile, pour moi c'est, ce n'est pas un truc tranché quoi. Ça a toujours été comme ça, ce n'est pas d'aujourd'hui *(rit doucement)*. Au niveau des prises en charge quand j'étais interne c'était pareil donc... Quelqu'un qui a rien et qui a 80 ans ce n'est pas forcément un vieux et quelqu'un qui a, qui a 60 ans qui a un dossier épais comme ça *(me montre*

l'épaisseur d'environ 10 cm avec ses mains) et qui est grabataire bah c'est quelqu'un qui voilà...on va dire ça quoi. Pas une question d'âge plutôt d'un point de vue médical. Après...

Que pensez-vous de la dépression ?

C'est une maladie. (*Silence puis rit et enchaine*) une vraie.

Comment la définissez-vous ?

Comment je définis la dépression ? chez qui ?

En général, là on parle en général.

En général, c'est une saloperie. Oh oui c'est... comment je définis la dépression... c'est une bonne question ça aussi tient. (*Silence*) c'est une saloperie ! (*Rit en le disant*) Non c'est vrai, c'est une vraie maladie, pour moi c'est une vraie maladie qui est sous-, largement largement sous-estimée et qui est très très très mal prise en charge. Voilà. On va dire ça. Pour résumer.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

Ça dépend. Ça dépend, ça dépend si je la connais, ça dépend si... ça dépend dans quel contexte c'est... ça dépend... ça dépend de ce qu'il y a à côté c'est, voilà il y a des gens qui peuvent parler... ça dépend comment ils parlent de la mort aussi quoi. Ce n'est pas... ça dépend des personnalités. Il y en a qui sont, voilà. Pour moi il y en a qui peuvent entre guillemets me faire peur et d'autres où je sais que je peux dormir sur mes 2 oreilles.

Faire peur ça veut dire quoi ?

Oh quand je dis me faire peur, c'est dire qu'il faut que je me bouge les fesses pour les prendre en charge quoi, et puis il y en a d'autres c'est bon bah laisser passer l'orage et puis on s'en fout quoi ce n'est pas plus grave. De toute façon il n'arrivera jamais rien, voilà. J'en ai une qui en parle tout le temps, qui a tout ce qu'il faut pour le faire, qui sait ce qu'elle a à faire et... elle a toute la recette, elle a tout ce qui faut, elle a déjà presque fait une fois mais elle n'ira jamais. (*Rit*) alors qu'il y en a d'autres c'est surprise. Voilà. Après je ne parle pas forcément des gens âgés. Mais voilà... il y a des gens, il y a des gens qui vous surprennent malheureusement dans... dans le mauvais sens. Le dernier qui est parti il avait 60 piges.

Vous le considérez âgé ?

Ah non. Pas jeune mais pas âgé non plus quoi, je veux dire voilà quoi. Quand vous arrivez à l'âge de la retraite et que vous vous mettez au bout d'une corde parce que vous avez des angoisses qui sont complètement stupides, 'fin stupides... on va dire stupides de l'extérieur quoi et que, et que vous avez

fait tout ce qu'il faut pour être sûr que cette personne ne se remettra pas dans le rouge et bah malheureusement il y a des abrutis qui l'ont bien aidé et puis pouf voilà quoi. C'est des impondérables, des choses qui, sur lesquelles on n'a pas forcément d'emprise quoi. Voilà.

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises.

Mouais

Concernant la dépression de la personne âgée

Mouais

Comment repérez-vous la dépression chez une personne âgée ?

(*Réfléchit*) changement de comportement, éventuellement, par rapport à des gens que je connais habituellement. Après j'ai un flair un peu pour ça (*sourit*)

C'est-à-dire ?

Je ne saurais pas vous l'expliquer ça, ça c'est pas, ce n'est pas... j'ai une clientèle d'antidépresseurs qui est monstrueuse, donc c'est vrai que voilà. Mon neurologue préféré m'a dit que ce n'était pas parce que j'avais du flair, que c'était parce que je les écoutais. Mais bon ça c'est... bon après comment je dépiste les personnes âgées, ça dépend, c'est vraiment variable, c'est pas... soit c'est des gens qui ont des changements de comportement éventuellement par rapport à... mais pas classique par rapport à, mais pas classique effectivement par rapport à la dépression de l'adulte jeune, ou de l'adulte classique qui est vraiment (*fait un bruit en mimant un carré ancré*) qui est cadrée qui est bien etcetera, après les, les anciens ça peut être de l'agressivité, après il peut y avoir les autres symptômes hein mais moi, moi je verrais plutôt des changements de comportement effectivement... qui ont rien avoir forcément avec des troubles cognitifs.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Non jamais.

Pourquoi ?

Je n'ai pas le temps. D'une part. De deux ça me sert à rien. Je ne sais pas. Ça m'intéresse pas de remplir des cases pour cerner les gens. Je ne fonctionne pas comme ça. Ça passe plutôt par autre chose. La fameuse échelle de Hamilton ou autre moi j'y crois pas. J'en ai entendu des vertes et des pas mûres là-dessus c'est pour ça que pff(*soupir*), il y a des attitudes que j'ai entendu qui me paraissent bizarres. Moi c'est quelque chose qui me, que j'ai jamais utilisé parce que, parce que bah... c'est super compliqué quand on est en cabinet de prendre trop de temps entre guillemets pour faire ça, et qu'au fur

et à mesure on finit par ne plus en avoir besoin...
'Fin pour moi. (*Rit*) ça je, je ne parle pas au nom des autres.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez une personne âgée ?

(*Pause puis répond en riant*) si elle réagit bien au traitement on va dire, en gros. Je pense que c'est vrai. On va dire ça, on va dire ça. Je vais dire si elle réagit assez bien au traitement c'est qu'on s'est pas trop planté. Ça c'est, bah étant donné que les critères ne sont pas les mêmes que ceux de l'adulte, je veux dire que de toute façon on part un peu, voilà, à faire le tri entre la dépression et quelqu'un qui pète, qui pète un câble entre guillemets. C'est-à-dire quelqu'un qui, qui va dans une démente ou quoi, globalement on va dire que si on est efficace avec un traitement assez bien ciblé et pas trop, pas trop agressif, c'est que, c'est que ça marche. Après sinon c'est que ça dépend du neurologue et qui peut être va nous confirmer ou nous infirmer le diagnostic derrière. Mais je touche du bois ça ne met jamais arriver. Après, tous les traitements ne marchent pas, mais euh... on en a traité quelques-uns, même des biens vieux. Ça c'était... j'en ai un qui me servira toujours d'exemple, il est parti mais je lui ai dit « vous me servirez de pense-bête toute ma vie ». 82 ans on l'a pris en charge comme il faut. Il n'est jamais trop tard pour bien faire.

En effet. Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Là je vous dirais non. Non bon... je ne suis pas... je ne suis pas dans le fonctionnement de chercher forcément les facteurs déclenchants. Bah, fin dans ce type de choses, je veux dire, je ne fonctionne pas comme ça, ce n'est pas que ça ne m'intéresse pas mais, si. C'est pas, je pense que c'est pas ce qui... c'est pas forcément primordial, après il y a pleins de choses, les affaires de famille, les machins, enfin etcetera, j'en ai quelques un des, des petits vieux qui pètent les plombs parce que parce que c'est compliqué entre les enfants, parce qu'il y a des successions, parce qu'il y a des, voilà, parce qu'il y a plein de choses et qu'il arrive un âge où effectivement les pertes de conjoints etcetera etcétera quoi. Mais je veux dire globalement voilà quoi, des personnes âgées qui, qui font un deuil, qui dépriment derrière, la cause on s'en fout, on la connaît et on peut rien y faire donc ce qui m'intéresse plutôt c'est la démarche qu'il y a après, c'est vrai qu'au niveau psychiatre, je bosse qu'avec un seul parce qu'on fonctionne pareil. Les autres je n'arrive pas.

Quels sont les signes de gravité de la dépression de la personne âgée pour vous ?

(*Silence*) celles qu'on ne voit pas.

C'est-à-dire ?

Ceux qu'on ne voit pas on va dire. Bah si, moi je dirais plutôt, à la rigueur je dirais plutôt, ouais on va dire... le fait qu'ils cachent, éventuellement qu'ils arrivent à cacher les choses, on va dire plutôt ouais. Quelqu'un qui... le mutisme on va dire entre guillemets. Quelqu'un qui arrivera à cacher vraiment ce qu'il a au fond. Ceux-là ils sont, c'est peut-être, c'est peut-être les plus durs à prendre en charge et à, et à soigner derrière parce qu'il faut les dépister. Mais bon ça c'est, mais c'est super, mais c'est sûr c'est des patients, c'est comme les gamins, c'est pareil moi je les mets vraiment dans le même sac. Entre la dépression des enfants et la dépression des personnes âgées je... je...

Pourquoi ?

Bah parce que je trouve que dans la prise en charge c'est aussi compliqué, c'est, et puis parce que, et parce que quand vous êtes dans un système qui est ultra cadré, c'est relativement facile à dépister à prendre en charge et à cliquer derrière pour voir si ça fonctionne ou pas. Après les, les mômes et les vieux ... pff les mômes il y en a ils sont très très forts pour cacher ce qu'ils pensent et puis il y a des vieux on sait pas ce qu'ils pensent, c'est entre les mélanges entre dépression et troubles cognitifs etcetera, je veux dire, il y en a une qui s'est défenestrée à la maison de retraite on l'a pas vu venir. Mais bon je veux dire elle perdait les pédales donc est ce que c'est la dépression, est ce que c'est machin, je pense qu'il y a dû y avoir une phase de lucidité qui, 'fin de lucidité... où elle s'est rebranché à la planète en disant « merde c'est pas top » et pff « salut ! » mais bon enfin. Critère de gravité pour moi c'est ceux qui, c'est ceux que je n'arrive pas à dépister en fait.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

(*Pause*) Pour dépression ? (*J'acquiesce*) waouh... jamais fait. Jamais fait. Une fois une dame, elle était âgée, mais bon c'est elle qui me l'avait demandé. Elle parlait en sucette et c'est elle qui me l'a, c'est elle qui me l'a suggéré et moi j'ai foncé dedans ; bon elle était, 'fin pour moi, elle ne rentrait pas dans le cadre de la vraie dépression de la personne âgée hein, c'est-à-dire c'était vraiment classique, 'fin c'était, donc heu ça sortait pas du cadre pour moi. Mais sinon je n'ai jamais fait hospitaliser personne pour ça.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

(*Pause, réfléchit et soupire*) ça dépend. (*Rit doucement en répondant*) c'est des questions pourries ça (*rit doucement*) qu'est-ce que ça m'évoque le suicide de la personne âgée, alors on va dire pour rester vraiment, vraiment très bas de gamme, la même chose que tous les autres suicides, heu, sauf peut-être dans certains cas.

Ça veut dire quoi « la même chose que tous les autres suicides » ?

Bah ... quand les gens se suicident c'est pas franchement ce qu'on a fait de mieux, c'est pas, je suis pas, je parle pas de sensation d'échec ou quoique ce soit, c'est pas non plus, je pense que pour arriver à un état, à être dans un état (*pèse ses mots*) suffisamment... compliqué pour avoir ces pensées-là et surtout passer à l'acte, à mon avis on est suffisamment déconnecté de tout ce qui est à coté pour, pour que ça pose pas vraiment de problème à ce moment-là. Mais après, par rapport à la personne âgée en elle-même, par rapport à cette mamie, pour moi elle s'est libérée donc, donc on n'a pas fait un feu de joie mais... mais je pense que... elle a eu, elle a eu la chance, elle, elle devait sûrement essayer de chercher le moyen ou le moment ou un autre de... de terminer ces existences pourries qu'ils ont en fin de vie souvent pour beaucoup. Ça c'est, c'est vrai. (*Rit*).

A présent nous allons nous intéresser au traitement de la dépression chez la personne âgée. Selon vous quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

En théorie ou en pratique ?

Les deux

En théorie ça devrait être la principale. En pratique je pense qu'on est loin du compte.

Pourquoi ?

(Fait un bruit qui signifie je ne sais pas) parce que, parce 99-100 % des médecins généralistes doivent avoir des bouchons dans les oreilles. Ou à la place du cerveau, ça dépend.

Et pour vous, la place, c'est la place théorique ou la place pratique ?

Pour moi ça serait plutôt la place pratique, du moins j'espère en tout cas. Ça doit justifier mes 150 ou 160 patients qui sont sous antidépresseurs... sur une patientèle de plus de 1000 patients. J'ai eu la chance de savoir ce que c'est, c'est pour ça, j'ai une vision de la chose qui est, 'fin qui m'est personnelle pour ce qui est, mais de toute façon j'ai une vision personnelle de la vie, mais heu, mais par rapport à la dépression je sais ce que c'est donc heu... de ce côté-là, j'essaie de faire en sorte... de prendre en charge...de toute façon c'est à nous de le faire. Le problème à l'heure actuelle c'est que c'est tellement compliqué d'avoir accès à des spécialistes, dans des délais raisonnables et puis des spécialistes qui soient compétents que pff, si nous on fait pas un peu le job au début, ça, c'est, c'est super dur quoi. On perd vachement de temps. On est obligé de... faut pas qu'on sache tout faire mais au moins un minimum.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

Bah le suivi du traitement moi je les vois régulièrement de toute façon. Donc sur une prescription de toute façon un traitement on n'a pas les antidépresseurs uniquement puis de toute façon tous les traitements psychotropes quand je les mets en place, la plupart du temps je mets une durée de traitement très courte au début. Le maximum c'est un mois, sauf si je juge que les, les gens sont dans le mal, et là ça peut arriver d'être vraiment une semaine 15 jours pas plus, et pour réévaluer de toute façon. Après c'est vrai que si c'est une personne âgée, bon la plupart du temps ils sont souvent accompagnés dans ces cas-là, donc en général on voit avec la famille à demander à ce qu'ils me tiennent au courant si jamais il y a des ... voilà, suivant comment ça se passe derrière au niveau, au niveau autant au niveau de l'observance qu'au niveau de la tolérance, puis surtout voir si on est efficace ou pas, voilà.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Ça dépend. Ça dépend si c'est toléré pas toléré, si c'est juste un problème de dose, si c'est voilà, c'est pour ça que je pense que dans ces cas-là, autant un traitement antihypertenseur bien conduit les gens on peut les voir une fois par an, ce qui serait bien d'ailleurs, ça ferait des économies pour certains, et puis... sinon bah, non au début faut, c'est comme n'importe quel traitement qu'on met en place et qui a besoin d'une adaptation et donc faut qu'on sache, après on n'est peut-être pas obligé de les voir tous les 2 jours non plus mais faut qu'on sache si y a besoin de réadapter. Moi les gens je leur demande souvent de me rappeler et de me dire voilà je commence la sertraline 25, on en commence avec ½ si on arrive à trouver des demis cachets, et puis heu, et puis rappeler moi d'ici quelques jours, savoir ce qu'on fait, savoir si on augmente, si on n'augmente pas, si c'est bon, si c'est pas bon voilà.

En pratique vous arrive t'il d'arrêter des traitements ?

Bah oui. Pour quelle raison ?

J'allais poser cette question.

(Rit) bah oui ça arrive d'arrêter des traitements pour euh... alors si, si c'est, si c'est, la plupart du temps c'est la majorité des cas, alors on parle que des personnes âgés (*j'acquiesce*) alors euh... la plupart du temps c'est que pour un problème de tolérance, sinon ça n'a aucun intérêt...de toute façon. A cet âge-là si on attaque ce genre de traitement c'est pas pour dire oui on va vous le coller 6 mois comme dans les études et puis on va l'arrêter. En général on l'attaque et puis on l'arrête plus celui-là. On le laisse jusqu'à ce que mort s'en suive. (*Rit doucement*) fin jusqu'à ce que la mort suive, pas suive le médicament.

Comment arrêtez-vous ces traitements ?

Ça dépend de la dose. C'est la plupart du temps progressivement mais chez tout le monde. Je suis très dégressif, je suis pas, je suis pas, même si on sait que des fois on n'a pas forcément des syndromes de sevrage ou quoi, mais heu. Je préfère, je préfère pas prendre de risque de toute façon. Mais ça c'est, c'est quel que soit l'âge ça, y a pas de soucis ça c'est vraiment, je préfère qu'on y aille doucement qu'on perde 3 mois à diminuer un traitement mais qu'on soit sûr de l'arrêter comme il faut plutôt que, plutôt que de l'arrêter et d'être obligé de reprendre ça dare-dare 3 jours après parce que c'est la cata.

Quels traitements médicamenteux utilisés vous ?

La plupart du temps, c'est des IRS (*inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine*) qui sont adaptés aux gens âgés, donc en général y en a pas des caisses. Toutes façons les 2 que j'utilise le plus c'est le SEROPLEX et ... et la sertraline, en général, et encore le SEROPLEX chez les gens âgés ce n'est pas top donc j'utilise plutôt le SEROPRAM que le SEROPLEX. Mais en général c'est plutôt la sertraline parce que c'est vraiment le... parce que de ce côté-là, dans les 2, les 2 IRS qu'ont montré la meilleure efficacité tolérance c'était ces 2 là. Donc après j'essaie mais après faut, faut voir ce que ça donne. Notre petit papi de 84 ans j'ai fini sa vie sous sertraline, et il allait, il est mort, il est mort avec le sourire (*sourit*) alors qu'il a vécu triste toute sa vie. Mais bon...

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutique ?

Ben...si si ils sont, si ils sont pour, éventuellement consulter quelqu'un, d'aller voir son psychologue, 'fin ils y en a qui peuvent, après c'est ... le problème dans ce cas-là, c'est, c'est de trouver les gens qui soient vraiment adaptés quoi. C'est, je pense que ce n'est pas forcément très très simple. Ça dépend des gens, là ça va dépendre éventuellement du facteur déclenchant de la dépression, savoir si vous avez quelqu'un qui a des troubles cognitifs sur un Alzheimer débutant qui fait des phases où un coup je suis bien, un coup je ne suis pas bien et qui, de toute façon on peut bouffer de la psychothérapie tant qu'on veut, ça ne changera rien quoi. A partir du moment où il déconnecte et au moment où il se reconnecte ils se rendent compte qu'il y a un truc qui va pas, et qu'ils vont dans le mur, je ne suis pas sûr que le meilleur des psychiatres arrive à y faire quoique ce soit. Après si c'est d'autres choses, bon, pourquoi pas. Parce que là ce dont je vous parle c'est d'un psychiatre. La seule chose que le psy a fait, du gars dont je vous parle, c'est de lui mettre une grosse branlée en disant qu'on allait arrêter de rentrer dans son jeu et qu'il allait prendre les médicaments qu'on allait lui donner et qu'il allait la fermer. Voilà et puis surtout il m'a dit de faire pareil (*rit*). Alors que moi je lui passais de la pommade. J'ai arrêté après. Ça c'est super bien passé quoi. Mais c'est vrai que dans

ces cas-là ce n'est pas forcément évident puis, on n'est, et puis on est sur une autre génération quand même, pas forcément beaucoup de facilités à accrocher les pys non plus ...donc ce n'est pas évident... mais si ils sont partants moi je, voilà... Après si j'ai une efficacité top du traitement et que ça va plutôt pas mal, qu'ils ont une vie correcte, aller bouffer de la psycho à 85 piges, aucun intérêt pour qui que ce soit.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers un psychiatre ?

Bah si je merde au niveau du traitement, que je sais plus quoi faire. Comme dans tout ce que je fais en médecine générale, si je suis paumé je délègue (*rit*). J'essaie de pas être paumé trop vite, mais j'essaie, j'essaie de leur faciliter le boulot pour que quand je leur envoie, ce soit vraiment à eux de faire le taff parce que, parce que c'est plus à moi de le faire quoi. Mais ça c'est quel que soient les pathologies. C'est... ça c'est ma façon de fonctionner. Je n'envoie pas directement au début en me disant « ouh là là je suis perdu parce que c'est ... ho qu'est ce qui se passe ? » « Celui-là il va m'emmerder donc je l'envoie chez le psychiatre directement ». Bon il y en a quelques un qui m'emmerdent, un paquet même, mais bon on essaie de les gérer quand même avant de... avant de les envoyer chez le psy, et puis surtout que le psychiatre ait un vrai rôle derrière. 'Fin psychiatre ou psychologue, qui ait un vrai rôle qui puisse apporter vraiment quelque chose. J'ai des doutes de temps en temps...donc heu, tant que j'ai des doutes j'envoie pas.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression d'une personne âgée est différente des autres ?

Je pense que chaque prise en charge de dépression est différente de l'autre. La prise en charge médicamenteuse est la même, après on n'est juste sur une question de molécules, après heu... Il y a pas une personne, on n'a pas une personne identique, donc la réponse est un énorme oui mais pas parce que c'est forcément que des personnes âgées, mais parce que la dépression reste une maladie qui est, voilà ça a un nom c'est comme une hypertension mais, mais vous n'avez pas 2 hypertendus identiques. Donc euh...oui oui de toute façon oui. La prise en charge de toute façon, je veux dire quel que soit la pathologie, à moins d'avoir une angine à strepto (*streptocoque*) A, à strepto B pardon. Effectivement on s'adapte.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression chez une personne âgée ?

Pff (*soupir puis silence*) Pas vraiment, je trouve. Enfin, je ne pense pas que ce soit forcément plus difficile que... qu'autre chose quoi. Après c'est ...

c'est du cas par cas donc c'est vrai que c'est difficile de répondre à cette question et vraiment de façon générale, parce que c'est pareil, c'est la même chose que la question d'avant quoi. C'est compliqué. C'est, on n'a pas de moules, qui soient multi adaptables (*rit*) donc heu, non là je ne saurais pas vous dire.

Comment avez-vous été formé... sur la dépression de la personne âgée ?

Sur la dépression de la personne âgée ?

Oui.

(En riant) sur le tas ! sur le tas ! sur le tas. Après j'ai un psychiatre qui est, avec lequel je bosse qui est très bien, c'est... mais on n'a pas, on parlait pas spécifiquement de la personne âgée mais ouais ouais on ... j'ai appris mon boulot sur le tas moi. Donc ouais ce n'est pas... je ne suis pas un gros lecteur, c'est les gens qui m'apprennent mon taff surtout.

Ces formations vous semblent-elles suffisantes ?

(Réfléchit longuement)

Aujourd'hui.

Je ne suis pas un fan de formations. (*Rit*) ça va être difficile de répondre vraiment comme il faut à la question. Après heu, je veux dire d'une façon générale, pareil pour ça, je pense qu'effectivement on a un énorme défaut de formation par rapport à la médecine générale. Parce que effectivement on n'est pas... mais même au niveau des études pour moi. Je pense que malheureusement je pense que c'est trop généraliste sans l'être. C'est-à-dire qu'on nous fait apprendre pleins de choses qui n'ont aucune utilité, alors qu'effectivement avoir des fois 2 3 outils qui mangent pas de pain et qui peuvent sauver pas mal de choses c'est bien quoi. Donc heu, le problème des formations c'est que c'est un peu hyperspécialisé, c'est hyper long ça peut être, je veux dire, on va dans les traitements, enfin on essaie d'aller dans des choses qui sont, qui sont trop compliquées alors que nous on n'a pas besoin de ça, je pense, vraiment en tant que médecin, en tant que médecin généraliste. Voilà d'avoir vraiment des petites pistes euh... sur ce genre de choses, heu je pense que c'est quand même beaucoup mieux, moi je vois, enfin dans beaucoup de, beaucoup de pathologies que je vois ou très rarement ou, ou au contraire plus... plus fréquemment... souvent ce qui me sauve entre guillemets c'est ça, c'est d'avoir eu effectivement des gens avec qui je travaille qui m'ont dit « bah écoute ça c'est important, ça c'est important, ça c'est important, le reste tu t'en fous, ça c'est notre boulot, c'est pas le tien quoi ». On n'est pas des généralistes, pour moi le généraliste c'est pas quelqu'un qui doit se prendre pour un spécialiste, au cont', mais par contre voilà quoi. On n'a pas besoin de savoir des trucs hyper par cœur, on a besoin de savoir, enfin connaître les protocoles de chimio, j'en ai rien à

foutre mais savoir que si j'ai un patient qui a un cancer qui faut que je l'envoie vers quelqu'un. En gros c'est ça. Je joue mon rôle de rotonde mais il y a des pathologies pour lesquelles je... je peux... je peux faire jusqu'à un certain niveau, et il y en a d'autres ou je ne peux pas et je dois déléguer tout de suite. Et je pense que les formations c'est pas, pas forcément suffisant, après pas suffisant mais dans le sens vraiment ultra-ciblées sur des choses qui nous nous sont nécessaires. Voilà c'est vraiment, la plupart du temps c'est compliqué, ça parle de plein de choses dont on se fout éperdument et on perd un temps fou, ça nous fait une pile d'infos qui nous sert, qui ne sert à rien et puis après bah soit on se mélange les pinceaux soit on oublie ce qu'on nous a dit et puis voilà. Je fais pareil avec les migraines, c'est pareil, ce n'est pas, c'est vrai qu'y a des choses qui... mais bon ça c'est... il y a un mode de fonctionnement effectivement qui, ce n'est pas tellement la formation qui pose problème c'est le fonctionnement derrière qu'on en fait, l'utilisation qu'on en fait quoi. Ça c'est... surtout la possibilité derrière de faire quelque chose, qui devient de plus en plus compliqué.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge chez la personne âgée dépressive ?

(Silence) comment on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression des vieux (*pause pour réfléchir*) ... ouf c'est vague, c'est vague c'est vague c'est vague. Bah déjà on pourrait les écouter un peu quand vraiment, je parle de ceux qui vont vraiment pas bien, pas de ceux qui, qui nous cassent les cacahuètes du matin au soir et qui vont très bien mais qui veulent nous faire croire qu'ils ne vont pas bien, ou alors c'est peut-être que c'est des gros, qu'ils sont vraiment dans... après c'est vrai qu'il y en a certains c'est super compliqué. Heu... là je pense à un qui est vraiment... on va dire pénible, mais malheureusement il est vraiment pas bien dans sa tête, et il somatise à mort et le problème c'est qu'il avait un traitement, il était sous SEROPLEX 15 ou 20mg, il allait super bien, 'fin autant que faire ce peu, et le problème c'est que du jour au lendemain, on nous a dit « youpi, SEROPLEX ça s'arrête à 10 à partir de 65 ans ». Ah ouais je fais quoi ? Bah je descends parce que si jamais ça merde c'est sur moi que ça retombe. Ouais, depuis il m'emmerde du matin au soir et je sais plus quoi en faire. Parce que changer son traitement à cet âge-là, j'ai peur que ce soit plus catastrophique qu'autre chose, parce que la phase de transition je me dis si vraiment il dégringole ça va pas être top, l'envoyer voir le psy, il est pas suffisamment dépressif pour avoir envie d'y aller donc voilà, donc il est dans un phase où il fait chier le monde mais... après comment, comment améliorer la prise en charge, pour moi... pour moi ça va être déjà plurifactoriel mais déjà je pense que la première chose se serait de faire le diagnostic. 'Fin dans toutes les patho je pense que c'est primordial. Il y en a c'est plus facile que d'autres. Après je ne dis

pas que je me plante pas. Je ne fais pas du 100%.
(Rit) Je ne suis pas en train de me jeter des fleurs attention ! (Rit) C'est juste que voilà y a des moments on se fait bananer mais le principal c'est de mettre le doigt dessus. Ça c'est vraiment le primordial. Après le traitement voilà, après on gère, mais le principal c'est ça.

10.15. Entretien 15

Nous allons d'abord commencer par des questions d'ordre général. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Essentiellement déjà, quelqu'un qui se sent lui-même âgé. (Rit) Disons que, maintenant par rapport à il y a 15 ou 20 ans c'est sûr que c'est... nettement ... comment dirais-je, différencié. D'abord parce que l'âge a reculé. Et deuxièmement ça dépend aussi de l'état de santé de la personne en question. Pas de toute façon... j'dirais pas bien 65-70 ans suivant les personnes et suivant les pathologies qu'ils ont, suivant comment ils se sentent... vieux. C'est sûr. Avant c'est des classes plus on va dire intermédiaires.

Que pensez-vous de la dépression ?

Il faut en penser quelque chose ? Rien à peu près. C'est une pathologie heu... (réfléchit) je pense qui est à la fois surestimée et sous-estimée.

C'est à dire ?

Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui se disent déprimés qui le sont pas. Et que y a beaucoup de gens qui sont déprimés et qui heu consultent pas.

Comment la définissez-vous ?

Un état qui est... nécessairement heu chronique, enfin dans la durée, c'est à dire par définition plus de 3 semaines 1 mois. Et qui est lié à une perte d'envie de faire des choses, de bouger, de vivre.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

Du bon sens déjà, même pour un être humain jeune. C'est ... c'est comme disait le truc "je sais bien que je suis mortel mais j'y crois pas" (sourit en le disant). Mais c'est pas nécessairement heu... de la déprime, ça peut être un besoin de réassurance dans le style "dites-moi que je vais pas mourir rapidement" (rit). C'est plus souvent le cas d'ailleurs. Après heu c'est très rarement lié...c'est très rarement lié à de la déprime. Surtout enfin... Peut-être même surtout chez les personnes âgées. Ça se manifeste... ou moralement ou différent.

C'est à dire ?

Beaucoup plus sur des plaintes de sommeil, somatiques, heu de... et puis de perte de... soit d'autonomie soit de... des, des pertes de... 'fin décrites comme brutale d'envie de faire des choses ou de ... capacités à les faire.

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression chez une personne âgée ?

Alors le plus fréquemment c'est les gens qui...fin dans mes patients, parce que j'ai énormément de personnes âgées, le plus fréquemment c'est les gens qui...viennent d'eux même parce qu'ils sont pas bien et que leur entourage leur a dit que... là ça allait pas du tout et qu'il fallait qu'ils bougent, enfin qu'il fallait qu'ils consultent. C'est vraiment le cas le plus fréquent. Heu... ça c'est sûr. ... vraiment de très loin le cas le plus fréquent. Après il y a des, des gens qu'on peut sentir heu... 'fin surtout ceux qu'on suit depuis longtemps et qu'on voit régulièrement, qu'ont des pathologies chroniques ou autres, qu'on peut... sentir à un moment donné pas bien psychologiquement, le gros souci étant à ce moment-là de leur faire heu admettre le problème. C'est plutôt ça le souci.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Oui.

Lesquelles ?

Notamment la Hamilton.

D'accord, pourquoi ?

Pratiquement parce que la... et bah parce qu'en fait le gros avantage, je pense pas que ce soit hyper intéressant, et hyper heu cadré, mais le gros avantage c'est que ça montre au patient que c'est potable et que ça donne une certaine réalité aux choses. (Pause) Et...et... pas plus fréquemment chez les personnes âgées, mais ça peut montrer heu... de façon générale que certaines heu, 'fin surtout, que des plaintes somatiques que...peuvent être heu liées à... à un état dépressif et pas que des dépressifs mais bon, et pas nécessairement juste à heu... une rengaine qui entraîne la plainte. C'est surtout ça.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez une personne âgée ?

Lentement (rit). Généralement c'est pas fait sur une seule, sur une seule consultation, heu surtout chez la personne âgée d'ailleurs. Chez les personnes âgées, bah généralement c'est plus heu... c'est plus oui sur une évolution et sur une ... un rendu. Avec le fait essentiellement que le diagnostic se fait bah avec le patient bah parce qu'on peut heu... aider que des personnes qui veulent être aidées.

Utilisez-vous des outils ou des échelles dans le cadre du diagnostic ?

En dehors du Hamilton heu pas guère, non. Non.

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Alors la vie d'abord, premier motif. Deuxièmement, heu... si c'est pas, enfin dans les pathologies, il y en a... pff presque tout ce qui est chronique peut à un moment donné peut chez certaines personnes induire des... des dépressions, hein. Je pense notamment à un, là que j'ai vu il y a pas longtemps, un truc tout bête hein... il, rupture multiple des tendons de la coiffe des 2 épaules, ça paraît absolument pas lié, sauf que c'est un patient qui ne vit que pour son jardin et qui ne peut pratiquement plus jardiner. Donc heu... (*rit en disant la suite*) ça a pas de corrélation qui paraissent directe mais c'est, mais je dirais que c'est le cas le plus fréquent. Bah après il y a les classiques Parkinson, machin, bidule, mais d'abord le Parkinson en médecine générale, on n'en a pas beaucoup, on n'en suit pas des masses, des patients parkinsoniens, on doit en avoir quoi... aller une moyenne de 2 ou 3 patients parkinsoniens par, par médecins généralistes. Non le plus fréquent c'est réactionnel à une situation d'une pathologie chronique qui... comme je disais tout à l'heure qui en fait, les gens se rendent compte que leurs capacités physiques diminuent, et que surtout ça les gêne dans la vie courante et ça les empêche de faire ce qu'ils aiment, et que là ils se retrouvent en... en fait placés en, en situation d'handicap hein. C'est là, c'est ça le fond du problème... le plus souvent.

Vous m'avez parlé de la vie comme pourvoyeuse de dépression

Bah oui

Vous voulez dire quoi par ça ?

À ma connaissance les montres sont pas déprimées (*rit*) ; et je pense dans la vie dans le sens ben elle apporte des événements heureux et malheureux et que les, que les chaos peuvent faire heu, qu'on peut réagir par une déprime oui.

Qu'est-ce que vous appelez les chaos ?

Les malheurs de la vie, que ça soit... bah tout maladie heu... qui arrivent, la perte d'un être cher, rupture sentimentale... (*silence*)

Quels sont pour vous les signes de gravité de la dépression chez une personne âgée ?

Pas que chez la personne âgée d'ailleurs. Le premier problème c'est heu... que ça dure depuis longtemps et que les gens consultent pas. Et que... et qu'ils ne sont, et que vraiment pour la personne âgée, qu'ils nous sont ... amenés entre guillemets de force par l'entourage. Alors ça, pas bon pas bon pas bon du

tout. Ça vraiment pas bon. Après heu... bah après il va y avoir évidemment les... situations d'idées noires voire d'idées suicidaires. C'est quand même très très rare, très très très rare. Parce que justement ceux qui... dans les personnes âgées, qui se suicident, ben ils nous en parlent pas. Enfin ils consultent pas. Essentiellement. Et ouais c'est vraiment le fait en fait, quand les gens sont amenés heu... oui par l'entourage ça c'est vraiment pas bon du tout ça généralement. Mmh.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Et ben... essentiellement de savoir si on a une chance d'avoir une observance dans le suivi du traitement. Et donc si on a un entourage sur lequel on peut compter. Et puis par pour les personnes âgées évidemment, 'fin de facto, et... enfin de façon interdépendante, pour les les situations de dépendances. C'est sûr que chez une personne qui est seule on... on n'aura pas de suivi de l'observance et un peu de surveillance extérieure, ou qui va avoir de mal, du mal à ... à... parce qu'il est pas bien du tout, à accomplir les actes usuels, et même à... à se faire à manger ou même à manger correctement. Notre gros souci étant bien évidemment de trouver des places. (*Dit cela d'un ton cynique*)

C'est à dire ?

Et bah généralement quand on veut trouver une place dans ce cadre-là, quand on trouve en moins de... 2 à 4 semaines c'est qu'on a vraiment un gros morceau de chance hein. Et le souci c'est que dans ces cas-là, 2 à 4 semaines c'est énorme. Alors quand il y a de la famille dans le coin, ça peut toujours se gérer en attendant que. Quand c'est des gens qui sont vraiment isolés heu... soit complètement isolés, soit parce que la famille est un peu loin, ça devient beaucoup plus délicat.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

(*Réfléchit*) Bah en fait d'une part sa fréquence, parce qu'on sait que c'est relativement fréquent. Et deuxièmement d'une inexorable inefficacité. Parce que c'est très souvent des gens qui consultent pas. Tout bêtement.

Avez-vous déjà rencontré cette situation ?

Le suicide des personnes âgées ?

Oui

Oui. Au moins de tête, au moins 3 fois depuis que je suis installé. Peut-être 4 je ne me rappelle plus. (*Silence*)

À présent intéressons-nous au traitement de la dépression chez la personne âgée. Selon vous quelle place à le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Généralement on est le premier recours. Heu... heu notre plus grand souci c'est comme d'habitude c'est d'avoir une réponse en face et de faire comprendre au patient qu'il est pas bien et que... il ... il peut avoir besoin d'un... pas nécessairement d'un traitement mais au moins d'un suivi. Notre souci derrière c'est quand on veut avoir.... Des avis spécialisés et bah (*rit doucement et ironiquement en finissant sa phrase*) ça prend des temps faramineux. Mais ça c'est pas nouveau non plus. Depuis que je suis installé c'est pareil. Donc heu... 'fin c'est pas spécifiquement chez la personne âgée de toute façon, c'est dans toutes les classes d'âge pareil. Heu... un autre souci c'est que...heu, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est à dire que si on... on négocie, parce que ça se passe pas autrement, avec le patient, de mettre en place un traitement, s'il reconnaît que ça va pas, et que éventuellement faudrait peut-être qu'on s'en occupe et bah le gros souci c'est que le... le suivi qu'on peut avoir derrière est sans encadrement heu... familial, bah l'observance est, elle est ce qu'elle est, c'est à dire très mauvaise. Et que... faut... et si on n'a pas d'intervenant extérieur par exemple on n'a aucune chance de dire aux gens « vous revenez dans une semaine ou quinze jours », de dire « on voit », « on voit où on en est ». Faut pas se leurrer quoi. Donc heu en termes de... (*court silence*) en termes d'efficacité on est... je pense assez assez limité.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

Et bah j'essaie de faire revenir les patients (*rit en disant*). Et l'observance est un vaste combat. Donc ouais c'est ça. Donc généralement j'essaie de les faire revenir en gros une semaine après, pour qu'on voit d'abord si le traitement leur leur, enfin s'ils ont pas d'effets secondaires déjà, A (*lettre A*) s'ils le prennent, en essayant de voir ça avec l'entourage s'il y a un entourage, et 2 s'ils ont pas d'effets secondaires. Et 3 comme on sait pertinemment qu'on n'a pas d'efficacité miraculeuse en si peu de temps, de leur... de leur redire et de leur répéter et de leur re-redire que... il va falloir du temps pour que ça fasse effet, qu'il faut continuer à le prendre même s'ils se sentent pas différents pour l'instant et que ça va agir mais qu'il va falloir du temps, et puis voilà. Et puis on leur redit, re-redit re-redit re-redit re-redit.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Ah bah c'est... là, 'fin dans les premiers temps c'est essentiellement en fonction, alors moi voilà j'ai l'habitude, après comme disais l'autre il y a plusieurs écoles, mais généralement en début de traitement de mettre à la fois un antidépresseur et un anxiolytique sur heu quelques semaines et puis de l'arrêter. Donc là c'est ... essentiellement de leur redire et re-redire et re-redire et re-redire qu'un anxiolytique oui c'est miraculeux parce que ça agit tout de suite mais c'est pas le fond du problème, et qu'il faut bien continuer l'autre et au long cours parce qu'il va falloir plusieurs

semaines, et puis l'adaptation heu... en fait, et ben c'est vrai, enfin bah, c'est, que ce soit sur l'anxiolytique où on essaie de l'arrêter assez rapidement, et ben le souci c'est surtout c'est l'observance. C'est surtout ça le fond du problème.

En pratique vous arrive t'il d'arrêter des traitements antidépresseurs ?

Les arrêter bah généralement oui, sans problème. D'abord parce qu'au très long cours, enfin au long cours, moyen long cours, on va dire qu'on n'a pas vraiment de certitude que ça serve encore à quoique ce soit. Donc généralement, enfin selon l'idée de départ aussi, c'est que ça va être des traitements sur quelques mois et derrière on les ... on les arrête.

Comment les arrêtez-vous ?

Dans la plupart des cas en dégressif. Quand le patient ne l'a pas arrêté de lui-même au bout de, de 2 ou 3 mois parce qu'il en a marre et qu'il se sent bien et que youp la boum. On en revient toujours au problème de l'observance, mais ça...

Pourquoi les arrêtez-vous ?

Généralement heu, dans la plupart des cas, parce que ils servent à rien, enfin ils sont devenus inutile dans le sens que... dans la plupart des cas quand même, heu... le problème est rentré dans l'ordre. C'est-à-dire que l'épisode dépressif euh... s'est résolu. Euh... et très souvent aussi parce que c'est une demande du patient, qui se sent... mieux justement le... il a passé le cap et qu'il souhaite l'arrêter.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Alors le truc le plus fréquent c'est les, les IRS (*inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine*) enfin la première classe, vu le... à cause de... des ... 'fin des moindres effets secondaires. Très très souvent avec donc couplés avec mes 2 références, c'est soit alprazolam soit bromazépam anxiolytiques. Donc après dans les IRS ça dépend il y a fluvoxamine, paroxétine, heu... heu?... citalopram, les 3 trucs que j'utilise les plus fréquemment. Après on rentre dans les choses d'utilisation moins ... moins fréquente comme heu... bah comme l'amitriptyline, LAROXYL, ouais quand même nettement moins fréquent.

Heu lesquels préférez-vous ?

Pas vraiment de préférence, heu si on va dire les IRS à cause du moindre nombre d'effets secondaires.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques en dehors du médicament ?

Oui. Mais généralement le problème c'est bien d'emmener les patients jusque-là. On a une étude qui est sortie il y a pas très longtemps qui montrait

que... la luminothérapie était au moins aussi efficace que le médicament. Euh...bah les suivis psychologiques. Le problème c'est de, d'emmener les patients et puis d'obtenir simplement des rendez-vous (*rit*) pour que le patient puisse y aller. Parce que par exemple dans le coin on a le CMP (*centre médicopsychologique*) ils sont très très bien mais ils sont totalement débordés et c'est, c'est impossible d'avoir des rendez-vous avant... les 6 à 8 semaines. Donc c'est... un chouïa compliqué de dire aux gens de dire et ben vous êtes pas bien, et ben attendez, mettez-vous dans du, dans le frigo pendant 8 semaines, on vous ressort au moment où... on a le rendez-vous, c'est... Mais ouais. En pratique le problème c'est qu'en dehors du médicament ouais (*rit*).

Vous conseillez du coup la psychothérapie ? d'autres choses ?

La plupart du temps oui. Après chez la personne âgée, surtout si elle est, chez les personnes âgées, surtout si elles sont... en situation un peu de dépendance, et un peu de solitude, il y a un truc qui est simple et extrêmement efficace, ça s'appelle le passage de l'infirmière à domicile. (*Rit*) c'est... éventuellement même kiné ou choses comme ça. C'est... extrêmement efficace.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Et bah, la première chose comme je vous disais c'est l'entourage, quand il signale que vraiment, quand il amène les patients euh... quasiment de force et qu'il signale que vraiment ça va pas. Ça c'est vraiment le... généralement sonnette d'alarme. Et puis heu... le deuxième truc, c'est quand on a réussi à persuader sinon dans d'autres cas le patient que ça va pas être de prendre un traitement quand on voit que soit... il y a pas d'observance parce que les gens sont vraiment pas bien du tout et qu'ils ont pas envie de, de faire quoique ce soit ; soit parce qu'on n'a pas d'efficacité et le gros souci on va retourner, et on revient exactement au même truc, c'est les délais pour obtenir des... des consultations spécialisées.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

Pas vraiment. Non.

Pourquoi ?

C'est compliqué parce que vous savez les mécanismes sont les mêmes. Après je pense que c'est plus compliqué dans le sens de la... que c'est, c'est plus compliqué parce que départ on a très souvent d'autres pathologies greffées, parce qu'on a généralement des traitements médicamenteux autres ce qui peut nous donner des interactions qui sont des fois surprenantes. Qu'on a le souci... de l'isolement et de la dépendance. Mais, fondamentalement les

mécanismes sont les mêmes. Il y a plus d'éléments après qui se surajoutent après qui compliquent la chose, les choses, et la gestion de ce qu'on peut proposer comme traitement. (*pause*) Parce que par exemple, fin ce qu'on disait tout à l'heure pour le suivi psychologique, voire psychiatrique, il y a un truc qui généralement heu... tout bête hein. C'est vous voulez emmener les gens voir un psychologue ou un psychiatre, comment vous emmenez le petit vieux d'un point A à un point B. est-ce qu'il conduit, est-ce qu'il conduit plus, est-ce qu'il a de la famille qui pourrait l'emmener ? Est-ce que c'est faisable une fois, est-ce que c'est faisable régulièrement ? c'est tous des trucs pratiques qui compliquent les choses, plus que pour des gens qui ... plus jeunes et éventuellement moins dépendants. C'est sûr. (*Silence*)

On en a déjà parlé mais on va reposer la question, quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Chez tout le monde, l'observance en l ça c'est clair. Déjà bah du coup, heu premier point bah que les gens reconnaissent bah qu'ils sont pas bien. Deuxième point c'est qu'ils reconnaissent qu'ils ont besoin de... d'un traitement quel qu'il soit, et qu'ensuite ils suivent le traitement que ce soit un suivi psychologique, un traitement médicamenteux ou une combinaison de plusieurs choses. Et puis après bah comme je disais bah le gros souci, bah ... les événements extérieurs la dépression en elle-même. Le fait qu'ils prennent d'autres médicaments, qu'ils ont d'autres pathologies, qu'ils peuvent être dépendants, qu'ils peuvent être isolés... que... ils peuvent avoir des effets secondaires qui vont ... qui vont être difficile à gérer. Ou carrément ingérables qui vont faire qu'ils vont arrêter le traitement puisqu'ils vont se dire que c'est celui-là qui... qui va pas puis point final. C'est... oui... c'est vraiment... oui c'est vraiment le les trucs basiques oui.

Comment avez-vous été formé concernant la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Essentiellement en formation continue. Parce qu'à l'époque de ma très lointaine formation initiale heu... on n'avait pas un... ouais fin bon, on n'avait un chouïa de trucs spécifiques là-dessus mais c'était un chouïa quoi. Après honnêtement heu... comment dire... on n'a l'impression que ça... on va dire en quasiment 25 ans, que ça a... bien progresser au niveau théorique. Le problème c'est que sur le terrain il y a comme un hiatus. Et on n'en revient toujours au même truc, c'est que... allez y donc obtenir des, des avis psy au long cours rapidement ou une place en hospitalisation rapidement, ou heu... voilà. La réalité par exemple, quand on n'a vraiment quelqu'un... qui est... vraiment pas bien voire limite suicidaire, ça se termine aux urgences hein. La réalité elle est là. C'est vraiment pas le truc idéal mais en pratique il y a aucun moyen de faire

autrement. (*Pause*) et voilà c'est le... on n'a des trucs heu... enfin quand on va dans les formations continues c'est mignon tout plein, on a des beaux schémas explicatifs, des cadres bien précis, des protocoles cadrés aux petits oignons, ouais ! (*Rit*) Il y a une légère différence en application sur le terrain quoi. C'est comme ça. (*Pause*) Peut être que c'est quand même mieux... je sais pas que si c'est mieux pris en compte ou que c'est tout bêtement aussi le... il y a eu un décalage dans le temps tout bêtement puisqu'en 25 ans on a dû gagner quoi allez heu... au moins 5 ans d'espérance de vie, qu'ensuite heu... bah quand vous prenez il y a 25 ans, les gens à 70 ans ils étaient et ils se sentaient vieux, et puis qu'à maintenant à 80 ans ils vous disent à bah le mois prochain à bah je pars en Chine. Ça a un petit peu changé les choses. Donc c'est pas le même... ça a décalé déjà, ils ont plus d'envies plus de moyens moins de dépendance moins, enfin plus tard quoi. Et ... ça a un peu décalé les choses oui c'est sûr.

Ces formations vous semblent-elles suffisantes pour votre pratique ?

Bah franchement oui. Et puis je vous dis aujourd'hui le problème, le problème c'est pas dans la formation c'est, c'est ce qu'on peut avoir derrière sur le terrain. De toute façon on peut avoir toutes les formations théoriques qu'on veut... si on peut pas les mettre en pratique ça devient... ça devient très très compliqué quoi. Donc heu bon. C'est... la réalité est... la réalité elle est là. On a des trucs qui sont... fin oui qui sont tragiquement simples et il y a des des choses, des passages multiples qui seraient les plus efficaces à obtenir... des kinés, plus souvent, et bah c'est compliqué, obtenir des passages d'infirmières, heu plus fréquents c'est quasiment impossible. Obtenir des avis d'ergothérapeutes un suivi c'est quasiment impossible. Des trucs... basiques (*insiste sur le mot*), qui justement heu... bah amélioreraient beaucoup la dépression de beaucoup personnes âgées parce que toujours pareil c'est très souvent lié à l'isolement, la dépendance et au handicap. Donc heu... enfin ou aggravé ou interdépendant l'un avec l'autre. Et d'améliorer ces choses-là, de façon très basique et bah évidemment derrière le moral du patient se se porterait mieux, mais que bon les réponses sur ce terrain-là sont très très limitées.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression de la personne âgée ?

Et ben... justement avec des... avec des meilleurs suivis, et puis avec... avec plus d'intervenants. Plus d'interventions humaines et moins de ... Moins de médicamenteux certainement. Sauf que c'est le plus difficile à mettre en place évidemment. Puis bon je pense que... ce que je vous dis, des fois c'est juste heu voilà, compliqué à organiser. Et même quand on arrive à organiser heu, le suivi psychologique avec heu, des psychologues ou un psychiatre et bah...

l'organisation pratique comment vous faites pour amener le petit vieux ou la petite vieille du point A au point B. ça je sais pas. Pense pas qu'on ait beaucoup de progrès à faire, d'ailleurs je croie pas qu'on en ait fait beaucoup depuis 20 ans au niveau médicamenteux. Mais je croie pas que ça se joue là. Ça se joue sur le... sur comment avoir accès aux soins en pratique. (*Le téléphone sonne et il répond. L'entretien est terminé*)

10.16. Entretien 16

Je vais d'abord commencer par des questions générales. Comment définissez-vous une personne âgée ?

Heu... bah je vais la définir plus de 65 ans. Heu après heu, voilà. Enfin. C'est tout.

Que pensez-vous de la dépression ?

(*Sourit*) C'est dur la question, qu'est-ce que je pense de la dépression. Heu bah que ça peut toucher beaucoup de monde heu, après heu... il y a différents stades heu... peut-être, je pense que la société est grosse pourvoyeuse de dépression, heu... voilà après je sais pas, tout n'est pas mettre... heu tout n'est pas à traiter médicalement, fin par voie médicamenteuse on va dire. Heu...heu voilà. Fin après. Que ça nous occupe voilà.

Comment définissez-vous la dépression ?

Alors dépression bah heu troubles du sommeil, troubles de la concentration, troubles de l'humeur heu à différents niveaux selon le stade de dépression, pleurs, perte ou pas de l'élan vital, heu... heu, voilà c'est ce que je vais rechercher pour voir l'état anxiodépressif d'un patient. Voilà.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

Heu alors tout dépend comment on en parle. Euh... moi ça m'évoque pas forcément dépression directement quand on parle de la mort heu... il y a certaines personnes heu âgée heu, qui vont vous en parler mais totalement détachées, après faut voir si ça les angoissent, si heu... si il y a des troubles, voilà si on parle juste de la mort ou s'il y a des troubles de la mort ou s'il y a des troubles de l'humeur. Est-ce que, est-ce que ça l'empêche de dormir... voilà après... mais je ne vais pas mettre ça directement dans la case dépression parce qu'on me parle de la mort. Voilà.

Nous allons passer à des questions plus précises concernant la dépression de la personne âgée.

Ouais.

Comment repérez-vous une dépression chez une personne âgée ?

Alors j'avouerai que je vais peut-être pas chercher, pas forcément chercher chez tous mes patients à savoir si ils sont dépressifs ou pas. Heu maintenant c'est peut-être plus eux qui vont m'en parler en me disant bah voilà ils n'ont pas le moral, heu... heu... ils ont pleins de soucis, dans la famille ça va pas. Voilà... je ne vais pas je ne vais pas sur un examen, sur une consultation pour autre chose, rechercher l'état dépressif heu ou pas. Ça c'est vrai que je ne vais pas faire des dépistages de cette façon. Euh... voilà. C'était quoi la question ?

Comment vous repérez. Un état dépressif.

Comment je repère. Bah alors après c'est en fonction de ce qui va me dire, heu donc si, bah si il me dit qu'il n'a tout simplement pas le moral. Bah en discutant en fait. Je vais repérer si il y a des éléments dépressifs ou pas. C'est à l'interrogatoire. Voilà.

Utilisez-vous des outils ou des échelles dans ce repérage ?

Très peu. Heu il en existe, il y a l'échelle Hamilton, heu mais c'est vrai que je ... je vais très peu l'utiliser.

Pourquoi ?

Pourquoi. (Rit) Deuxième question. Pourquoi, peut-être que je le fais spontanément en menant l'interrogatoire, maintenant je vais, je vais, la consultation pour une dépression c'est difficile d'être derrière son papier à cocher les cases vraiment de l'échelle Hamilton ou quelque chose comme ça. Donc c'est pour ça je ne vais pas forcément l'utiliser voilà. C'est un tort que j'ai, 'fin il faudrait que je le fasse, enfin je dis pas qu'il faut pas le faire mais heu, je, je trouve heu, on n'a peut-être pas suffisamment, il me faudrait un temps de consultation vraiment pour discuter et après un temps de consultation vraiment pour, pour heu, cocher les cases. Voilà.

Comment faite-vous le diagnostic de dépression chez une personne âgée ?

Et ben toujours pareil en demandant, alors en regardant s'il y a des troubles du sommeil heu, troubles de l'appétit, perte de l'élan vital, humeur pr (ne finit pas son mot) ... est ce qu'elle pleure souvent, est qu'elle est triste souvent, heu... heu est qu'elle a des troubles de la concentration, de la mémoire, heu... voilà. C'est comme ça que je fais le diagnostic.

Je repose la question : utilisez-vous des outils ou des échelles dans le diagnostic ?

Non. Fin très peu, voilà, toujours pour les mêmes...

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

(Réfléchit) Bah il y a l'hypothyroïdie mais je sais pas si ... 'fin ... je vais rechercher une hypothyroïdie s'il

y a une humeur dépressive heu... des pathologies pourvoyeuses ? Bah tout ce qui atteint l'état de santé peut potentiellement créer une dépression parce que, le mauvais état de santé quel qu'il soit cancer enfin même heu ... peut être source d'angoisse et heu, et de dépression.

Quels sont les signes de gravité de dépression chez une personne âgée ?

Alors heu... Bah la perte de l'élan vital, anorexie, heu ... heu... et puis les idées heu, les idées heu les idées suicidaires avec heu, avec heu, mise en place de plans quoi, 'fin vraiment décrites, heu... voilà.

Sur quels arguments faits vous hospitaliser certains patients ?

En personnes âgées ?

En personne âgée.

Heu ça ...ne m'est jamais arrivé, heu je n'ai pas beaucoup de patientèle âgée, heu ça m'est jamais arrivé d'hospitaliser une personne âgée pour l'état dépressif. Heu maintenant je pense que je ferais comme avec les plus jeunes. Euh ...heu... donc vraiment heu bah les signes de gravité quoi, si elle mange plus, si elle sort plus de chez elle, heu c'est plus avec la famille qu'on va en discuter quand c'est une personne âgée. Euh... voilà. Après je n'ai pas beaucoup d'expérience là-dessus, ça je ne peux pas vous dire, j'ai tel argument, ça voilà.

Que vous évoquez le suicide de la personne âgée ?

Bah c'est bien triste d'en arriver là. Puis peut être qu'on pourrait faire autre chose avant. Heu... heu... voilà. On est là pour essayer de soulager tout le monde mais ... ce n'est pas facile voilà.

Avez-vous déjà rencontré cette situation ?

Ben non, non non.

A présent on va s'intéresser au traitement de la dépression de la personne âgée. Selon vous quelle place a le médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Ah bah c'est déjà le premier abord, la première personne avec qui elles vont en parler je pense. Heu... Après hum ... bah une place centrale heu, heu pour traitement ou pas médicamenteux d'ailleurs et puis après d'aiguillage vers un spécialiste ou vers une structure hospitalière en cas de facteurs de gravité heu... voilà. Mais après... je pense que le médecin généraliste est le plus amené à, à traiter et à... à repérer les dépressions de la personne âgée, et des autres aussi.

Comment effectuez-vous le suivi du traitement ?

Les modalités vraiment ?

Heu oui.

Alors moi souvent je ... je les voie une première fois, après tout dépend l'état mais heu à 15 jours, 'fin je les revoie régulièrement, à 15 jours un mois, après si ça va un petit peu mieux 2 mois, je laisse passer un mois entre les 2 si entre le premier et le deuxième mois ça va mieux. Mais mais j'essaie de les voir assez régulièrement au départ, c'est souvent finalement puis après une fois par mois, s'il y a un traitement heu... Voilà. Je, je ne fais pas forcément toute seule non plus. Heu... Enfin moi je laisse une large part au psychologue aussi, heu... mais souvent c'est en parallèle, je revoie aussi les patients même quand ils ont un psychologue qui les suit aussi, voilà. Heu... voilà.

Pourquoi conseillez-vous le psychologue ?

Parce que je considère que j'ai, que alors, ça dépend des personnes, il y a des fois je vais les suivre toute seule, mais sinon, heu, heu... J'aime bien m'appuyer sur le psychologue pour avoir le (*le mot suivant est dit avec hésitation et difficulté*) temps nécessaire heu... pour heu... pour vraiment s'occuper du patient. Parce que moi passer heu... parce que je pense qu'il faut du temps, et je ... je... avoir une, $\frac{3}{4}$ heure, 1 heure de consult toutes les semaines heu... c'est pas, moi je peux pas, 'fin quand il faut on y arrive, parce qu'il y a des personnes il faut ça et bah j'ai pas le temps matériel pour ça, donc après je m'appuie sur le psychologue puis après si, s'il y a plus des signes de gravité bah c'est un psychiatre mais voilà.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Et bah je réévalue l'état de l'humeur heu... au fur et à mesure des consultations heu... donc je, je réévalue souvent à un mois et puis après bah tous les mois. Enfin tous les mois on réévalue.

En pratique vous arrive t'il d'arrêter des traitements ?

Bah oui (*rit*) oui j'essaie.

Pourquoi ?

D'arrêter les traitements, bah si si... heu quand on... enfin on essaie de diminuer et puis d'arrêter au bout de 6 mois si ça va mieux. C'est pas un traitement, même chez la personne âgée ce n'est pas un traitement qu'on laisse à vie.

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Alors bah je... heu...

Chez les personnes âgées

Comment ?

On parle des personnes âgées.

Des personnes âgées, heu... bah j'utilise bah les antidépresseurs de type paroxétine, après heu... Quelques, enfin si y a besoin heu... ça peut être une benzo... à petites doses et puis pas trop longtemps, que j'essaie de pas leur laisser longtemps parce que chez les personnes âgées faut faire attention... parce que c'est des traitements que, qu'elles ne vont pas arriver à se défaire. Heu... voilà. C'est à peu près ça.

Vous avez des molécules que vous préférez ?

Alors bah le la paroxétine, et ... heu... anxiolytique, ça va dépendre de la personne, c'est vrai que j'utilise encore fréquemment le bromazépam, voilà.

Pourquoi vous les préférez aux autres ?

Parce que j'ai l'habitude et puis que... bah pour la paroxétine il me semble que un de ceux qui ont quand même prouvé heu, une certaine efficacité heu... et on a plus de recul par rapport à de nouvelles molécules. Heu... bromazépam c'est plus peut-être parce qu'il y a l'adaptation enfin on peut le couper en 4, ça permet quand même de, de... d'avoir une petite dose. C'est peut-être pour ça que je l'utilise très, plus celui-là.

En pratique connaissez-vous d'autres types de thérapeutiques ?

Que les médicaments ?

Oui.

Heu... non, enfin je connais de nom tout ce qui est thérapie comportementale mais je ne sais pas faire et c'est pour ça que pour le coup le psychologue peut être intéressant.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers un psychiatre ?

Heu souvent c'est parce que moi toute seule je n'arrive pas à... à avoir une amélioration dans l'état dépressif du patient. En gros c'est pour ça. Et après s'il y a vraiment des facteurs de gravité avec heu... heu... possible suicide là je vais avoir besoin du psychiatre voilà, la gravité et puis la non-évolution ou mauvaise évolution des symptômes.

Pensez-vous que la prise en charge de la personne âgée dépressive est différente des autres ?

(*Long silence*) heu bah heu... (*silence*) est ce que c'est différent... je vais peut-être pas faire beaucoup, enfin... je vais, alors la différence sera peut-être avec la famille, voilà, on va s'appuyer beaucoup plus sur famille avec la personne âgée... heu mais voilà, mais encore une fois je pense que je n'ai peut-être pas assez d'expérience pour heu... Vraiment heu... Donner des points là-dessus. Mais heu voilà. S'entourer des aidants quand il y en a voilà.

Quel rôle a la famille pour vous ?

De de de signaler heu, soutenir heu... heu et puis ils ont quand même un rôle de l'état à la maison du patient heu voilà.

Nous allons maintenant discuter de cette prise en charge de façon globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de personnes âgées dépressives ?

Quelles difficultés ? Heu... à bah ce n'est pas forcément... la dépression n'est pas une maladie facile. Heu déjà, à traiter heu déjà pour tout le monde. Heu et chez la personne âgée heu... heu ... pff comment dire... elle a des fois l'impression que sa vie est derrière elle et du coup bah... on a du mal à la ... c'est c'est du mal à ... à faire évoluer quoi finalement parce qu'on regarde en arrière, peut-être voilà. Et puis nous on n'a pas toutes les réponses à leur apporter, alors quand ils nous disent bah de toute façon bah je vais mourir dans tant de temps, bah ... que vous pouvez pas dire non parce que ce serait mentir hein. C'est peut-être l'idée de la mort est peut-être beaucoup plus présente que chez l'adulte jeune et c'est peut-être ça la difficulté. Heu voilà. Après c'est difficile, mais c'est difficile à tout âge hein quand même.

Comment avez-vous été formée concernant la prise en charge de la personne âgée dépressive ?

Alors heu... j'ai pas forcément... alors à la fac, à la faculté il y a des cours mais c'est pas forcément... on n'a pas eu vraiment de cours sur la, la personne âgée, après il y a eu l'internat, le post internat avec les stages chez le praticien heu voilà, maintenant, voilà maintenant si je voulais, il y aurait des formations, FMC (formation médicale continue) là-dessus, que j'ai pas faites par contre. Ça pourrait être intéressant. Mais ce n'est pas forcément ma pratique, moi j'ai beaucoup de patients très jeunes en fait. Voilà.

Dans votre pratique ces formations vous semblent elles suffisantes ?

Heu... alors je pense qu'en formation initiale ce n'est pas suffisant, c'est une évidence, heu... maintenant en formation complém... enfin post universitaire alors j'en ai pas fait mais il y en a. On ne peut pas dire que ça existe pas. Heu... après est ce que c'est suffisant... bah il faudrait que je le fasse pour savoir si c'était suffisant. Voilà.

Et votre formation actuelle elle vous semble suffisante dans votre pratique ?

Dans ma pratique oui. Parce que j'en ai pas beaucoup et je pense que oui.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge des personnes âgées dépressives ?

Humm...bah... heu... en ayant heu... peut-être en nous formant plus, en formant plus les médecins généralistes et heu... en ayant un accès aux soins psychothérapeutiques beaucoup plus facile et remboursé. Heu... et peut être en ayant des avis gérontopsy plus faciles aussi, une porte d'accès plus facile aussi, peut-être, voilà.

10.17. Entretien 17

Nous allons d'abord commencer par des questions d'ordre général. Comment définissez-vous une personne âgée ?

C'est une très bonne question (le téléphone sonne elle demande à ce que j'éteigne l'appareil avant de répondre) c'est une très bonne question pour la personne âgée. Heu, pff... hum hum... c'est déjà quelqu'un qui a un certain âge on va dire, après qui a plutôt un niveau de dépendance pour moi, donc heu, donc voilà, vous avez des gens de 80 85 ou 86 ans qui sont en pleines formes qui sont autonomes qui vivent chez eux etcetera, après il y en a d'autres qui ont 94 ans qui aussi bien sûr voilà ont une certaine autonomie. Donc je dirais que la personne âgée bah c'est au moins au-delà de 90 ans et puis après c'est en fonction de leur autonomie.

Que pensez-vous de la dépression ?

Heu... c'est-à-dire (rit gênée) c'est-à-dire ? là je vois pas la question.

Heu quand on vous parle de dépression, quand on vous dit le mot dépression qu'est-ce que ça vous évoque, à quoi vous pensez quand on vous en parle ?

Par rapport à une personne âgée ?

Non en général.

En général, qu'est-ce que ça m'évoque ? Et bah euh une tristesse de vie, on va dire, après si on part plus chez une personne âgée bah c'est souvent l'envie de mourir hein, avec parfois des pleurs avec parfois des pertes d'appétit, parfois heu, ça peut être un état un peu prostré, heu... heu ça peut être un état de grande fatigue hein voilà. C'est ça que vous attendiez ? (Rit)

Comment définissez-vous la dépression ?

Mhh (rit) C'est pas ce que je viens de vous dire ?

Non non mais c'est, c'est pour vous ce que ça vous évoque c'est la même que la définition ?

Mmh oui.

Que vous évoque une personne âgée qui parle de la mort ?

Alors qu'est-ce que ça m'évoque, alors pas forcément de la dépression, hein. Parce que vous avez des gens qui sont pas du tout dépressifs mais

qui voilà hein, veulent parler de la mort parce qu'ils veulent s'organiser avant, savoir si c'est quelque chose qui se rapproche, pour pouvoir s'organiser hein j'imagine. Voilà heu, c'est sûr que pour certains il y a une grande lassitude et ils disent qu'y veulent se laisser mourir, qu'ils en ont marre, qu'ils veulent pas d'acharnement, heu voilà quoi. Donc ça peut évoquer de la dépression. Après parler de la mort pour une personne âgée ne veut pas forcément dire que c'est quelqu'un de dépressif ou pas hein.

Nous allons maintenant passer à des questions plus précises concernant la personne âgée dépressive. Comment repérez-vous la dépression chez une personne âgée ?

Donc c'est à peu près tout ce que je vous ai dit auparavant hein. C'est à dire que ça peut être des pleurs hein bien sûr, heu et puis après c'est pas toujours, ça peut parfois être simplement une perte d'élan, une perte d'envie, heu voilà heu, on a un patient qui est décédé la semaine dernière. Bah ça faisait un mois il disait j'en ai marre j'ai 95 ans j'ai envie de partir, donc il a arrêté de manger il s'est mis au lit, il a plus bougé, donc heu voilà.

Utilisez-vous des outils ou des échelles ?

Alors heu oui, des échelles non, des outils bah oui médicamenteux ça peut arriver ou effectivement bah en fonction de la tolérance et puis des possibilités heu, en fonction des maladies.

Comment faites-vous le diagnostic de dépression chez la personne âgée ?

Bah ça reprend un peu tout ce que je vous ai dit hein d'accord. Donc heu.

Heu vous m'avez dit que vous n'utilisez pas d'échelles, pourquoi ?

Heu... parce que j'en ai pas besoin, comme sur la douleur, de savoir que, que la dépression soit à 10/10 ou à 2/10 je crois qu'après c'est en fonction de la tolérance hein.

Connaissez-vous des pathologies pourvoyeuses de dépression chez la personne âgée ?

Oui bien sûr, tout ce qui est pathologie de cancer ou des choses comme ça, en général ils veulent pas souffrir, ils veulent partir au plus vite, surtout s'ils savent que bah... qu'il n'y a pas de possibilités de guérison quoi. Hein donc heu, donc voilà.

Sur quels arguments faites-vous hospitaliser certains patients ?

Pour la dépression.

Oui

C'est rare. Surtout les gens âgés hein. Voilà, chez quelqu'un de jeune oui avec un risque suicidaire oui.

Chez les gens âgés c'est, c'est pratiquement, fin non, on le fait pas quoi, en général on le gère nous-même, par voilà des discussions, des visites répétées, éventuellement une aide médicamenteuse, le passage du psychologue, heu... voilà.

Que vous évoque le suicide de la personne âgée ?

Heu j'en ai jamais eu donc heu... je touche du bois (*rit et fais le geste en touchant son bureau*). Après c'est arrivé à la maison de retraite de Mornant là il y a quelques années, à 8h30 au moment où les enfants étaient tous dans la cours de l'école. Une petite mémé bah s'est jetée par le fenêtre donc heu, bah voilà. C'était pas ma patiente hein mais c'est quelqu'un que j'ai vu une fois, je crois c'est vraiment, pour moi c'est vraiment le stade ultime de la dépression, où plus rien n'y fait et l'envie de vivre n'est vraiment plus là quoi. Parce qu'en plus elle était très handicapée par de l'ostéoporose, par de l'arthrose, par plein de choses et pour arriver à monter sur une chaise et se jeter par une fenêtre, c'est quand même hein voilà.

A présent on va s'intéresser au traitement de la dépression chez la personne âgée. Selon vous quelle place a le médecin généraliste ?

Ah bah une place importante parce que en général on connaît bien bah son patient. Et puis bah on connaît bien la famille, on connaît bien bah son passé hein des choses comme ça. Hein qu'est ce qui peut pousser à la dépression, la perte d'un fils, d'une fille, d'un petit enfant, la maladie du mari, enfin voilà, des choses comme ça, disons qu'on connaît la personne dans la globalité quoi donc c'est une place qui est quand même assez importante quoi.

Comment effectuez-vous le suivi des traitements ?

Euh... vous voulez dire ?

Du traitement de la dépression

C'est à dire la surveillance clinique ?

Le suivi en général.

Et ben si j'instaure un traitement bah je repasse voir les gens en fonction de la gravité et du traitement, ça peut être 8, 10, 15 jours ou 1 mois au maxi en tout cas et puis voir s'il y a une amélioration, si l'élan est mieux, si il va mieux, si il mange mieux, si il est moins apathique, si puis voilà, puis après ça dépend si ils sont à la maison, si ils sont en structure. Parfois ça peut être un simple coup de fil aussi. Voilà mais sinon il y a un examen avant, un examen après toujours, éventuellement une prise de sang, vérifier qu'il n'y ait pas une maladie métabolique heu voilà, qui déclenche ce genre de choses, voilà.

Comment réadaptez-vous le traitement ?

Heu bah c'est fonction de la tolérance, c'est-à-dire que si la personne, ça lui donne des nausées ou de l'hypertension, ou si, ou si elle a des vertiges, des maux de têtes, si il tolère très bien le traitement mais que c'est pas suffisant, bah j'augmente la dose quoi. Ou sinon je change le traitement si la tolérance est pas bonne.

En pratique vous arrive-t-il d'arrêter des traitements ?

Ça m'est arrivé ouais.

Pourquoi ?

Parce qu'il y avait une mauvaise tolérance quoi. Justement maux de tête, des nausées, des vomissements, des vertiges, heu... un état parfois somnolent dans la journée, donc ça m'est déjà arrivé, d'arrêter un traitement puis de passer à un autre. Des impressions de tachycardies, d'arythmie des choses comme ça quoi.

Comment les arrêtez-vous ?

Bah ça dépend du médicament qu'ils ont mais en général je substitue par autre chose donc heu... Après ça dépend du traitement mais ...là je pense à un monsieur qui était venu me voir qui était suivi par quelqu'un d'autre qui avait un traitement qui a priori, bah voilà il le tolérait très mal, donc je lui ai dit bah vous l'arrêter ce soir et demain vous démarrez ça quoi.

(Le téléphone sonne et elle répond)

Quels sont les traitements médicamenteux que vous utilisez ?

Alors j'essaie de réfléchir, mmh, j'aime beaucoup le citalopram, faut peut-être pas dire de nom de... *(elle m'interroge du regard)*

Vous faites ce que vous voulez.

Le citalopram, 'fin le SEROPRAM quoi. Après ça m'arrive d'utiliser le STABLON (*tianeptine*) aussi. Heu... sinon il y a aussi l'ATHYMIL (*miansérine*), chez les gens âgés hein ?

Oui

Donc heu voilà. Après les autres, ça m'arrive rarement de prescrire du VALDOXAN(*agomélatine*) ou de l'EFFEXOR(*venlafaxine*) ou ou d'autres, ou DEROXAT(*paroxétine*) chez des gens âgés.

Pourquoi ? pourquoi vous préférez ?

Je sais pas, peut-être parce que j'ai l'impression qu'ils ont moins d'effets indésirables, hum et puis dans le citalopram vous avez un dosage à 5mg qui est normalement recommandé pour l'usage chez la personne âgée. Après heu, bah après c'est sûr que ça

allonge le QT etcetera, donc il faut se méfier aussi, mais c'est les habitudes aussi.

Qu'est-ce qui vous amène à adresser un patient vers une prise en charge psychiatrique ?

Une personne âgée hein ?

Oui toujours (le téléphone sonne, elle répond puis reprend l'entretien)

Si la prise en charge psychiatrique c'est par le psychologue ou des choses comme ça, bah j'avoue que surtout si les gens sont en structure, bah à ce moment-là oui c'est assez rapide. Parce que les gens âgés ont beaucoup besoin de parler, d'avoir un contact, et je pense que c'est au moins 50% du traitement. Après si ils sont pas en structure et bah, c'est vrai que ça dépend un peu... bah parce que les psychologues c'est pas remboursé, fin leur parler de psychiatre en général ils veulent pas y aller... hum et puis les rendez-vous sont plutôt à 6 mois 1 an donc quand vous êtes dans le début, ça paraît difficile de dire bah on va attendre 6 mois 1 an pour avoir un avis. Après ça m'est pas arrivé d'hospitaliser quelqu'un pour dépression pure. Ou alors il y a d'autres maladies qui sont associées et graves, et effectivement on voit pour hospitalisation en médecine interne pour faire le point ou des choses comme ça ou pour savoir si le maintien à domicile est possible ou des choses comme ça. Mais purement pour la dépression, adresser au psychiatre non ça ne met pas arriver.

En dehors de l'hospitalisation, demander un avis au psychiatre c'est quelque chose qui vous est déjà arrivé ou pas finalement ?

Non, non.

(Le téléphone sonne mais elle ne répond pas)

Pourquoi ? en dehors des délais est ce qu'il y a d'autres raisons ?

Non.

Pensez-vous que la prise en charge de la dépression de la personne âgée est différente des autres ?

(Réfléchit) Alors je dirais que non mais en même temps je dirais que je ferais plus attention au dosage, à l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique, heu, l'insuffisance cardiaque, heu voilà. Donc plutôt par rapport aux autres pathologies quoi.

Nous allons maintenant parler de cette prise en charge de façon globale. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge d'une dépression d'une personne âgée ?

Alors heu... comment expliquer, si c'est quelqu'un qui veut pas parler, si c'est quelqu'un qui ne veut pas prendre de traitement, heu, bah ça sera voilà. Les

difficultés bah ça sera pareil, j'ai pas eu l'occasion non plus, en tout cas dans ce que je me souviens de ces dernières années d'avoir quelqu'un qui vraiment voilà, voulait pas se traiter et voilà.

Comment avez-vous été formée concernant la dépression chez la personne âgée ?

Donc c'était au cours de mes études, donc ça remonte (*rit en le disant*). Donc voilà au cours des études, au cours de ce qu'on a pu apprendre en fac de médecine, et puis après j'avais fait une année en gériatrie à l'hôpital Antoine Chariol, donc c'est vrai que j'ai beaucoup appris au côté de Mr Chuzeville hein.

Cette formation vous semble t'elle suffisante ?

En tout cas ça m'a aidé dans ma, dans mon exercice de la médecine depuis 15 ans hein.

Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées ?

Peut-être en ayant des rendez-vous spécialisés plus rapides, (*rit*), qui permettraient peut-être, bah voilà, d'utiliser moins de traitement, d'être de, d'avoir le

traitement le plus adapté heu... voilà. J'avoue que si j'avais des gens un peu dépressifs en ce moment ça m'aiderait. J'en ai pas donc heu...

C'est une difficulté pour vous d'avoir des délais de rendez-vous aussi long chez les spécialistes ?

Bah oui ça c'est sûr, parce que du coup souvent quand ils les voient, ils ont déjà eu 6 mois de traitement et c'est vrai que ça va souvent un peu mieux quoi. Donc soit le traitement est déjà plus efficace, ça va mieux et on a déjà solutionné pas mal de choses, et, soit le traitement n'a pas été efficace et on a déjà rechangé de traitement, heu et cetera, donc heu, je dis pas d'avoir des rendez-vous en 8 jours parce que on peut... voilà pallier à ça, mais si on pouvait avoir des rendez-vous en 15 jours 3 semaines ça serait l'idéal quoi. Et puis je pense que quelqu'un qui se sent mieux a plus de mal de parler de son état dépressif qu'il avait avant et... essayer de comprendre pourquoi donc heu... voilà.

AUDIGIER Christelle - La dépression de la personne âgée : perception et prise en charge par les médecins généralistes de l'ouest lyonnais.

275 f. 0 ill. 5 tab. Th. Méd : Lyon 2016 n°

RESUME :

Contexte : La dépression de la personne âgée est un problème de santé publique majeur et la médecine générale est la première spécialité médicale concernée pour la prendre en charge.

Objectifs : Explorer la perception et les modalités de la prise en charge de la dépression du sujet âgé en médecine générale. Identifier les difficultés perçues par les médecins généralistes et les voies améliorations possibles.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de 17 médecins généralistes de l'ouest lyonnais.

Résultats : La prise en charge de la dépression chez le sujet âgé en médecine générale présente de nombreuses difficultés, tant au niveau du repérage et du diagnostic, qu'au niveau thérapeutique. Elle présente des formes cliniques polymorphes et souvent masquées qui nécessitent des temps de consultation longs. Le médecin généraliste fait souvent le diagnostic à l'aide de son empathie et n'utilise pas d'outils spécifiques. Les symptômes sont également banalisés par la personne âgée qui est souvent dans le déni. Concernant la prise en charge thérapeutique, les médecins généralistes vont généralement se heurter à la mauvaise adhésion du patient quoiqu'ils proposent. Ils utilisent les antidépresseurs qu'ils maîtrisent bien et sont prudents devant le risque d'intolérances ou d'interactions médicamenteuses. La psychothérapie est encouragée mais difficile à mettre en place. Ils font rarement appel aux spécialistes devant leur indisponibilité et des relations interprofessionnelles souvent inexistantes. Par ailleurs, la prise en charge sociale et familiale des sujets âgés est importante car l'isolement des personnes âgées favorise la dépression et augmente la complexité de sa prise en charge.

Conclusions : Les différents plans santé et recommandations nationales ont amélioré la pratique en médecine générale mais les praticiens font encore face à de nombreuses difficultés. Les solutions d'améliorations pourraient consister à favoriser le repérage de la dépression du patient âgé, poursuivre et améliorer la qualité des formations en médecine générale, et améliorer la communication entre la médecine générale et le réseau de soin psychiatrique.

MOTS CLES : MEDECINE GENERALE – RECHERCHE QUALITATIVE – DEPRESSION – SUJET AGE -PERCEPTION – DIFFICULTES

JURY :

Président : Monsieur le Professeur T. D'AMATO
Membres : Monsieur le Professeur J.-P. DUBOIS
Monsieur le Professeur C. LEGER-FALANDRY
Monsieur le Docteur G. ALBRAND

DATE DE SOUTENANCE : le 17 mars 2016
