Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le mardi 4 Juin 2019 à Poitiers
par M. PEYRAMAURE Julien

Impact des infirmier(e)s de liaison en psychiatrie sur la prise en charge de la dépression au sein du pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Président :	Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT
Membres :	Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
	Monsieur le Docteur François BIRAULT
Directeur de thèse :	Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le mardi 4 Juin 2019 à Poitiers
par M. PEYRAMAURE Julien

Impact des infirmier(e)s de liaison en psychiatrie sur la prise en charge de la dépression au sein du pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Président :	Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT
Membres :	Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
	Monsieur le Docteur François BIRAULT
Directeur de thèse :	Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie **(retraite 09/2019)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale **(retraite 09/2019)**
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie **(retraite 09/2019)**
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation **(en mission 1 an)**
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie **(en mission 1 an)**
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie **(pas avant janvier 2019)**
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Madame le Professeur Perault-Pochat,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Jaafari,

Vous avez accepté de faire partie de ce jury et de porter un jugement sur mon travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Birault

Merci à vous de prendre un peu de votre temps pour faire partie de ce jury de thèse. Veuillez accepter en retour mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Paccalin

Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce travail et de m'accompagner dans son cheminement. J'ai également eu la joie de pouvoir conclure mes études au sein de votre pôle, expérience enrichissante tant sur le plan professionnel qu'humain. Un grand merci pour votre écoute et votre gentillesse. Vous avez toute ma reconnaissance.

A mon tuteur Docteur Raymond.

Un grand merci de m'avoir accompagné et fait partager ton expérience pendant ces trois années.

Aux Docteurs Perot, Rucquois et Boujut.

Vous m'avez fait connaître mes premiers moments d'«apprenti » médecin généraliste dans vos localités respectives. Merci pour l'accueil que vous m'avez réservé, les conseils partagés, l'accompagnement chaleureux. Vous avez toute ma reconnaissance.

A Christophe, Hélène, Lucile, Carine et ceux que j'ai pu connaitre en médecine interne.

Que de moments inoubliables passés auprès de vous ! Travailler dans cette ambiance positive fut un privilège. Un grand merci à vous.

A Florent, Anne-Sophie et toute l'équipe du pavillon Claudel secteur C.

Un grand merci pour votre accueil et votre bonne humeur au quotidien. Ce fut un plaisir d'évoluer dans votre service.

A mes co-internes, Pauline, Clémentine, Océane, Dyvia, Lise, Alexandre, Alexis, Rémi, Manue et les autres.

Merci pour ces moments conviviaux à l'hôpital et en dehors, et pour le soutien dans les moments plus compliqués.

A Ségolène.

Ces études m'ont permis de te rencontrer et de rebondir face à certaines épreuves de la vie. Ta présence à mes côtés est une évidence. Merci du fond du cœur d'être ce que tu es et de m'apporter ce bonheur au quotidien.

A mon père.

Voilà, le « bébé docteur » a bien grandi ! Terminé pour moi les chemins de croix le long de la maison à réviser tous ces manuels ou articles. Merci Papa d'être là pour moi dans les moments chaleureux comme dans les plus délicats, avec ta sensibilité inavouée mais qui me touche, tes récits de rencontres ou de lectures à n'en plus finir et nos écoutes partagées de groupes musicaux à guitares saturées !

A Chantal.

Ta présence dans ma vie et celle de mon père est précieuse. Je te remercie grandement pour cela. Merci encore pour ton aide avisée et éclairée dans la correction de mes différents écrits.

A mes sœurs Karine et Laetitia et leur petite famille.

Merci de m'avoir accompagné et supporté durant ces études. Nos week-ends en famille sont essentiels (et toujours animés !). Merci pour tout.

A ma belle-famille, Pascale, Jacques, Gaëtan, Jordane, Eluard, Byron !

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille chaleureusement. Nos moments ensemble sont toujours de qualité aux quatre coins de la France. Merci pour le soutien apporté.

A Francis, Isabelle, Arthur, Laura, Madly.

Nos petites « réunions » sont rares mais précieuses ! Toujours un plaisir de monter sur Montigny. Merci d'être ce que vous êtes.

A Elisa.

On s'est surtout suivi par « vini » à 2000km de distance mais ça fait du bien de se voir en vrai plus régulièrement. Merci d'être là. De bons moments à venir à Caen ou Bordeaux.

A Jérémy, Pascal, Stéphanie, Nadège, Marie, Nelly.

Vous faites partie de mes belles rencontres lors de mon arrivée en terre poitevine. Ce moteur qui m'a permis d'avancer sereinement. Merci pour toutes les péripéties et folies en stage ou en dehors que j'ai pu vivre avec chacun d'entre vous, et vivement les prochaines !

A mes amis bordelais, Djé, Malika et Flo, Clément, Pascale et Vincent, Audrey et Guigui.

Merci d'être là même si nos soirées ou repas sont plus espacés. Vous comptez beaucoup pour moi.

A Jean-Pierre, Hélène

Vous m'avez suivi pendant toutes ces années. Nos virées aux Chartrons comme sur le Bassin sont des moments précieux ! Merci pour tous ces instants de joie et pour le soutien dans toutes ces aventures.

A tous ceux que j'ai pu croiser.

Enfin, ***à ma mère, mes grands-parents, Patricia.***

Merci d'avoir contribué à ce que je suis aujourd'hui. Mes pensées se portent régulièrement vers vous, où que vous soyez. Je vous dédie ce travail.

Table des matières

I. INTRODUCTION 9

A. CONTEXTE GENERAL 9
B. CONCERNANT LA POPULATION GERIATRIQUE 10
C. IMPACT ECONOMIQUE ET SANTE PUBLIQUE 11
D. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE 13
E. IMPLICATION DES INFIRMIERS DE LIAISON EN PSYCHIATRIE 14
F. OBJECTIF DE L'ETUDE 15

II. ROLE DE L'INFIRMIER(E) DE LIAISON EN PSYCHIATRIE AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER 16

A. GENERALITES SUR LA PSYCHIATRIE DE LIAISON 16
1. Un peu d'histoire 16
2. Définition de la psychiatrie de liaison 17
3. Domaines d'interventions de la psychiatrie de liaison 18
4. Organisation en milieu hospitalier en France 19
B. L'INFIRMIER(E) DE LIAISON EN PSYCHIATRIE 20
1. Statut et formation de la profession : des origines à nos jours 20
2. Qualités exigibles et lieux d'exercices 23
3. Fonctionnement au sein du CH Henri Laborit 24

III. DEFINITION DE L'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE CHEZ LA PERSONNE AGEE 27

A. DEFINITION DE L'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE CHEZ L'ADULTE SELON LE DSM-5 28
B. DEFINITION SELON LE CIM-10 29
C. MISE A JOUR CONCERNANT LA PERTE SIGNIFICATIVE 30
D. EVALUATION DE LA SEVERITE DE L'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE 30
E. ELEMENTS EVOQUANT UN RISQUE SUICIDAIRE 31
F. CRITERES AMENANT A UNE INDICATION D'HOSPITALISATION 32
G. PARTICULARITES GERIATRIQUES DE LA DEPRESSION 33
1. Des facteurs de risque spécifiques à identifier 33
2. Particularités cliniques 36
3. Formes cliniques à identifier 37
4. Conséquences chez la personne âgée 38
5. Exemples d'outils d'évaluation clinique de la dépression en Gériatrie 39
a) Echelles d'hétéro évaluation 39
b) Questionnaire d'auto évaluation 42
c) Entretiens standardisés 43
H. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION : CONCEPTS CONNUS ACTUELS 44
1. Autorégulation de ces trois neurotransmetteurs 44
2. Hypothèses en cours pouvant expliquer la dépression 49
3. Symptômes et circuits neuronaux dans la dépression 51

IV. THERAPEUTIQUES ANTIDEPRESSIVES DISPONIBLES CHEZ LE SUJET AGE 54

A. OBJECTIFS GLOBAUX 54
B. STRATEGIES THERAPEUTIQUES DANS LA DEPRESSION DE LA PERSONNE AGEE 55
C. PHARMACOTHERAPIE DANS LA DEPRESSION DU SUJET AGE 56
1. Phases du traitement 56
2. Titration 57
3. Observance 57
4. Réévaluation/surveillance/adaptation 57
5. Antidépresseurs et anxiolytiques disponibles 59
D. PSYCHOTHERAPIE 71

V. METHODE 74

A. CHOIX DE LA METHODE 74
B. L'ECHANTILLON 74
C. RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON 75
D. DONNEES INTEGREES 76
E. CRITERES DE JUGEMENT 78

VI. RESULTATS 79

A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION : 79
B. DEMANDE D'AVIS AUPRES DES IDE DE LIAISON EN PSYCHIATRIE. 81
C. IMPACT SUR LA PRISE EN CHARGE ET FACTEURS MIS EN CAUSE 83
D. RELATION ENTRE MODIFICATIONS DES PSYCHOTROPES ET GESTION IDE SEULE/IDE ET PSYCHIATRE 85
E. ADAPTATION THERAPEUTIQUE ET FACTEURS EVOQUES CONCERNANT LES ANTIDEPRESSEURS 85
F. ADAPTATION THERAPEUTIQUE ET FACTEURS EVOQUES CONCERNANT LES ANXIOLYTIQUES 88
G. SUIVI POST HOSPITALISATION DE LA POPULATION ETUDIEE 90

VII. DISCUSSION 91

A. SOLLICITATIONS DE L'IDE 91
B. CHANGEMENT THERAPEUTIQUE ET RECOURS AU PSYCHIATRE 92
C. PRESCRIPTION A L'ENTREE DU POLE ET ADAPTATION DES PSYCHOTROPES 93
D. SUIVI POST-HOSPITALISATION 96
E. LIMITES DE L'ETUDE 98

VIII. CONCLUSION 100

IX. ABREVIATIONS 101

X. BIBLIOGRAPHIE 103

XI. RESUME 112

XII. SERMENT 113

ANNEXE 1 114

ANNEXE 2 116

I. Introduction

A. Contexte général

Dans le domaine des pathologies psychiatriques, la dépression est le trouble le plus répandu dans la société française avec une prévalence entre 5% et 12% soit environ 3 millions de personnes en France. Parmi elles, 1,5 millions seraient concernées par des épisodes d'intensité sévère et 8 millions auraient présenté ou présenteront un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours de leur vie [1, 2, 3].

Les femmes seraient deux fois plus touchées par cette pathologie avec 10% de femmes contre 5.6% d'hommes [1].

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
	n = 16 883	n = 8 238	n = 7 078	n = 3 686	n = 9 805	n = 4 552
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total 15-75 ans	7,8	7,8	5,1	5,6	10,4	10,0
15-19 ans	7,0	6,4	4,5	3,7	9,7	9,3
20-34 ans	9,1	10,1	6,4	7,0	11,9	13,2
35-54 ans	8,9	9,0	5,4	7,3	12,3	10,7
55-75 ans	5,3	4,7	3,6	2,6	6,8	6,6

***Tableau 1** : Prévalence au cours des douze derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé en population générale en France à partir des Baromètres santé 2005 et 2010.*

INPES. Baromètre santé 2005 et 2010

Comme on peut le voir sur le tableau 1, la tranche d'âge la plus concernée en 2010 sont les 20-34 ans avec 10,1% de la population. On remarque une prévalence stable de 2005 à 2010 dans son ensemble avec, tout de même, une augmentation de la prévalence chez les hommes entre 20 et 54 ans ainsi que chez les femmes de 20 à 34 ans [3].

Concernant le taux de suicide en France, un rapport du ministère des solidarités et de la santé datant de 2014 met en évidence que les victimes de suicide sont pour trois quart des hommes et les tentatives de suicide sont réalisées à 60% par des femmes. Les classes d'âge dites « actives » sont les plus touchées avec des suicides concernant 22% des 45-54 ans et 17% les 35-64ans. Le suicide est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans (20% du total des décès dans cette tranche d'âge).

Enfin, on constate que le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge avec notamment une incidence à 40,3 pour 100 000 habitants chez les 85-94 ans [4].

Ces constatations se retrouvent également dans des études internationales telles que les dernières estimations de l'OMS publiées en mars 2017 [5] évaluant la prévalence de dépression à l'échelle mondiale à 322 millions de personnes, dont la moitié dans les régions d'Asie du Sud Est (Chine, Inde,…) et du Pacifique Ouest (Canada, Etats-Unis, Mexique,…). On retrouve une prévalence féminine plus conséquente : 5,1% vs 3,6% pour les hommes. De plus, de 2005 à 2015, on remarque un accroissement de la prévalence de 19,4%. Enfin, le nombre de décès issu d'un suicide est estimé à 788 000 par an à l'échelle mondiale ce qui représente 1,9% toutes causes de décès confondues. La tranche d'âge la plus touchée étant les 15-29 ans.

B. Concernant la population gériatrique

La personne âgée est définie par l'OMS comme toute personne de 65 ans et plus. La définition proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) comprend les personnes de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans et polypathologiques.

La dépression est une pathologie fréquente en gériatrie. Selon les chiffres de l'HAS en 2008 entre 5% et 15% des personnes de plus de 65 ans souffriraient d'EDC [6], chiffres variant selon le type d'outils d'évaluation. La prévalence serait deux à trois fois plus élevée chez les patients institutionnalisés. Comme cité ci-dessus, c'est une population à haut risque suicidaire.

Concernant cette population âgée, les EDC sont sous diagnostiqués du fait de critères diagnostiques, tels que le DSM-V, non adaptés à une symptomatologie atypique (dépression masquée avec symptômes physiques prédominants, pseudo-démence avec prépondérance d'apathie, de labilité émotionnelle, de ralentissement psychomoteur) ou en raison d'une maladie chronique invalidante au premier plan (diabète, insuffisance rénale, maladie respiratoire, maladie cardiovasculaire) prenant le dessus sur les symptômes psychiatriques [7]. J'ai constaté d'ailleurs personnellement au cours de mon semestre en Gériatrie au CHU de Poitiers, cette ambiguïté que l'on peut éprouver dans une situation de symptômes, à priori physiques,

sans que l'on trouve une cause organique évidente initialement, avec finalement un tableau de dépression occulte mis en évidence dans un second temps.

Une des problématiques actuelles concerne les personnes âgées vivant en institution : la population française continue de vieillir, avec, selon le dernier bilan de l'Insee, au 1er janvier 2017, les 65 ans et plus qui représentent 19,2% de la population, soit trois points de plus qu'il y a dix ans et quatre de plus qu'il y a vingt ans [8]. Par extension, on retrouve une augmentation de résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) avec un taux de 9% des plus de 75 ans. Les pathologies dépressives concerneraient 34% des patients résidents en institution contre 3% chez les patients en ambulatoire |9]. Comme pour les patients plus jeunes, les femmes sont plus touchées avec 36% de femmes contre 29% d'hommes. La tranche d'âge la plus concernée serait les résidents âgés entre 65 et 70 ans comparés aux autres résidents (40% contre 34%). Enfin, 10 à 15% des personnes âgées entrant en institution développeraient un EDC dans la première année d'admission.

C.Impact économique et santé publique

La dépression de la personne âgée est un enjeu majeur en terme de santé publique. En effet, la France était connue il y a 10 ans pour être le pays le plus gros consommateur d'antidépresseurs en Europe voire dans le monde, place cédée depuis 2013 avec une position légèrement en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE avec 50 doses quotidiennes d'antidépresseurs pour 1000 habitants par jour. Le mauvais élève étant l'Islande avec 118 doses quotidiennes [10].

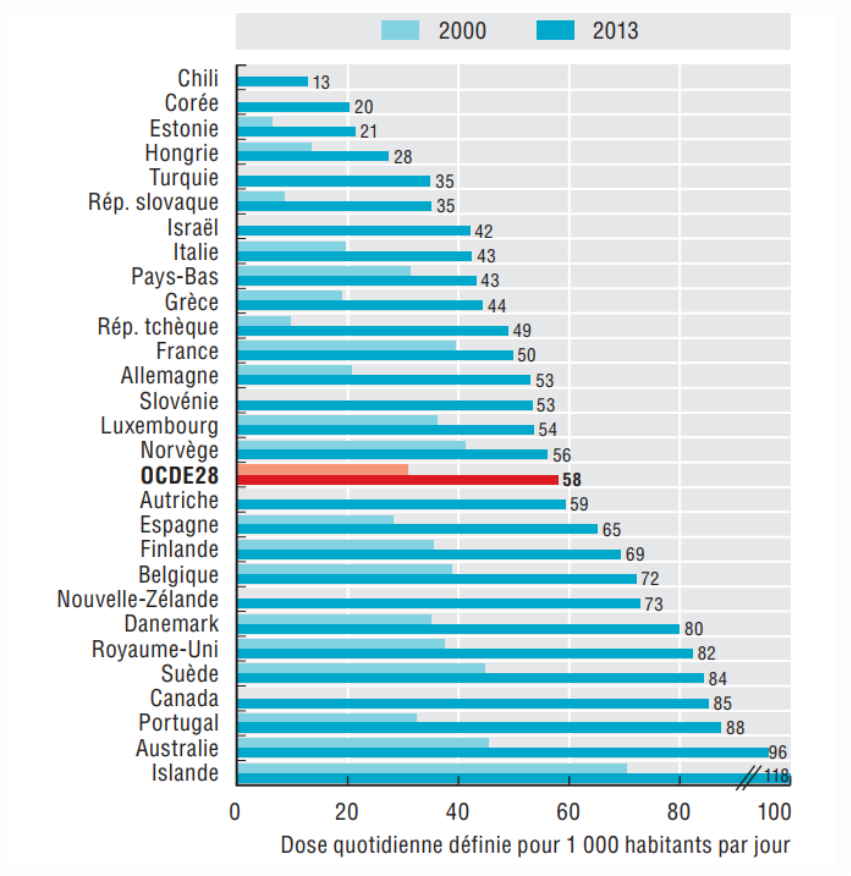

Figure 1 *: Dose quotidienne d'antidépresseurs définie pour 100 habitants par jour au sein de l'OCDE*

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

Mais cela n'a rien de rassurant car cette amélioration dans le classement ne s'explique pas par une diminution mais par une évolution dans la consommation d'antidépresseurs plus lente depuis 15 ans avec +25% entre 2000 et 2011, contrairement à nos voisins occidentaux tels que l'Espagne avec +129%, le Danemark avec +143% de progression [5].

Différentes mesures ont été lancées par les gouvernements successifs français depuis une dizaine d'années pour promouvoir la bonne santé physique et psychique des personnes âgées et améliorer leur environnement de vie par le développement d'action de prévention :

- *le programme national d'actions contre le suicide 2011-14.*

- *le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*

- *le programme « Psycho-SA »* (psychotropes et sujet âgé) de la HAS qui propose depuis 2008 des outils d'aide au diagnostic et au traitement de la dépression du sujet très âgé, adaptés à l'exercice de la médecine générale.

- le *programme Monalisa*, programme national de lutte contre l'isolement des personnes âgées mis en place en 2013

- le *programme de santé MobiQual* qui met à disposition des professionnels de santé et aidants une valisette « Repérage, démarche diagnostique, identification de signes d'alerte et stratégie de prise en charge » produite par la société française de gériatrie et gérontologie ;

- la prévention, le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique de la personne âgée étaient inscrits au programme de travail 2013-2014 de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux au titre du soutien aux professionnels.

D. Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est en première ligne pour diagnostiquer, traiter et suivre les troubles dépressifs chez ces populations âgées à domicile comme en institution. En effet, c'est une problématique fréquente, rencontrée dans environ 67% des consultations sur une semaine. Il est le prescripteur majoritaire des antidépresseurs en France avec 76% des prescriptions contre 12% pour les psychiatres [11].

Néanmoins, malgré un sentiment de bien faire pour neuf praticiens généralistes sur dix, le fonctionnement au quotidien n'est pas forcément adapté pour ce genre de pathologies avec des consultations de 15/20 minutes, trop courtes pour maintenir un suivi correct et une expertise qui peut rapidement être limitée [11].

E. Implication des Infirmiers de liaison en psychiatrie

D'autres intervenants ont un rôle à jouer afin de dépister et suivre cette population âgée dépressive : les spécialistes psychiatres ou psychologues, mais également, les paramédicaux avec les aides-soignants et les infirmiers libéraux qui permettent une continuité des soins notamment au niveau informatif avec des éléments cliniques et comportementaux du quotidien qu'ils peuvent apporter au médecin traitant afin de détecter d'éventuels troubles dépressifs débutants.

Enfin, lors de mes études que ce soit en ambulatoire comme lors de stages hospitaliers, au CH de Niort en médecine polyvalente/médecine interne et au CHU Poitiers en Gériatrie, j'ai pu interagir avec un autre corps de métier de la santé que sont les Infirmiers (IDE) de liaison en psychiatrie. Acteurs importants dans le fonctionnement de ces services pour des patients qui ne viennent habituellement pas pour des causes psycho-comportementales. Ils apportent leurs expertises afin de détecter certaines pathologies psychiatriques, dont la dépression, et peuvent également établir un suivi et réévaluer des troubles psychiatriques déjà établis.

Cependant, il n'existe pas vraiment d'étude à l'heure actuelle sur le véritable apport des IDE de liaison au sein des services. Une étude qualitative du CHU de Nantes illustre leur rôle sous forme d'illustration clinique isolée ; une thèse de 2012 d'une interne en psychiatrie poitevine présente le fonctionnement de la psychiatrie de liaison sur le domaine de la Milètrie mais de façon générale, non ciblé sur le travail de l'infirmière de liaison et de cette population gériatrique.

F. Objectif de l’étude

J’ai voulu m’intéresser à l’impact des infirmier(e)s de liaison en psychiatrie sur la prise en charge des épisodes dépressifs caractérisés d’une population gériatrique hospitalisée au sein du CHU de Poitiers. Plus précisément, quelle compétence et quel atout amène l’infirmier(e) de liaison en psychiatrie en tant qu’acteur externe au service concernant l’évaluation diagnostique, les ajustements médicamenteux, l’approche non médicamenteuse à adopter durant le séjour, son rôle de coordinatrice notamment avec le psychiatre et dans le suivi du patient après son hospitalisation.

J’espère ainsi clarifier le rôle de ce corps de métier au sein du fonctionnement d’un service et mettre en évidence l’apport positif sur la prise en charge du patient en prenant comme exemple une pathologie psychiatrique courante et d’enjeu de santé publique.

II. Rôle de l'infirmier(e) de liaison en psychiatrie au sein d'un établissement hospitalier

A. Généralités sur la psychiatrie de liaison

1. Un peu d'histoire

La première unité de psychiatrie au sein d'un hôpital général fut créée en 1902 à l'Albany Hospital de New York par le Dr J. Mosher. La motivation était de faire entrer la psychiatrie au sein des établissements hospitaliers pour traiter le plus précocement possible les malades mentaux, les intrications psychiatriques et somatiques, mais aussi éduquer les internes et les infirmières. [12]

La première publication concernant une activité psychiatrique dans un hôpital général a été rédigée par G. Henry, psychiatre de l'Albany Hospital également, soulignant l'aide apportée par les psychiatres aux confrères somaticiens pour la connaissance des « maladies émotionnelles » [12,13]. Le soin est apporté notamment à un langage plus simple sans jargon psychiatrique et à une flexibilité des décisions thérapeutiques.

Concernant la psychiatrie de liaison, elle apparait aux Etats-Unis en 1934. Initialement, cinq unités avaient été créées à l'aide de financement de la famille Rockefeller, sous l'impulsion du Dr Gregg, directeur de la section médicale et recherche de cette fondation. L'une d'entre elle située à Denver, est confiée à E-G Billings qui introduit pour la première fois dans la littérature, en 1939, la notion de « psychiatrie de liaison » [13].

L'émergence de ce courant peut s'expliquer par deux phénomènes : en premier lieu, la nécessité par les hôpitaux généraux de l'époque de devoir gérer des patients souffrant de troubles psychiques isolés ou associés aux affections physiques. Enfin, du fait du développement de la psychiatrie au début du XXe siècle, en s'intéressant notamment à d'autres domaines que la névrose ou les troubles psychosomatiques.

Lipowski crée en 1959 un service de psychiatrie de consultation liaison au Royal Victoria Hospital de Montréal. Il publiera en 1967 et 1968 ce que l'on peut considérer

comme le texte fondateur du courant de la psychiatrie de liaison : « review of a consultation psychiatry and psychosomatic medecine » [13,14].

En Europe, la psychiatrie de liaison se développe dans les années 1970, notamment avec P.-B. Schneider à Lausanne, A. Gunn-Séchehaye à Genève, H. Grivois à Paris et J. Guyotat à Lyon.

2. Définition de la psychiatrie de liaison

Il est difficile de mettre en avant une définition unique de ce que peut être la psychiatrie de liaison. En effet, plusieurs auteurs ont essayé d'expliquer, selon leurs représentations propres, les principes de cette pratique exercée dans un contexte particulier et très diversifié.

Lipowski (1967-68) décrit la psychiatrie de liaison comme « un contact régulier et soutenu entre le psychiatre et une ou plusieurs sections de l'hôpital général en vue de l'enseignement, de la recherche de cas de crise et pour exercer une activité de consultation et de conseil ». Il ajoute que le psychiatre de liaison est « libre d'avoir un entretien avec tout patient sans en référer formellement à un tiers » étant donné son statut de « membre de l'équipe médicale » [15]. Il sépare également la psychiatrie de liaison de la médecine psycho somatique en vogue à cette période.

Consoli, en 2003, parle « d'une activité, exercée par des professionnels experts dans le domaine de la souffrance psychique et de la santé mentale, destinée aussi bien aux besoins des patients hospitalisés ou suivis dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique d'un même hôpital général, qu'à ceux de leur entourage ou des soignants qui en ont la charge » [12,13].

Néanmoins, la définition semblant la plus réaliste est défendue par Z. Zumbrunnen : la psychiatrie de liaison est « la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales » [12,13]. Elle est une interface entre le domaine de la psychiatrie et la médecine somatique. Elle s'adresse à la fois au patient mais également à sa famille. Enfin, elle s'inscrit dans une approche globale du patient sur un modèle bio-psycho-social. Ce principe, crée par R. Grinker après la seconde guerre mondiale, a été

développé par G.L. Engels avec une formulation définitive du modèle bio-psycho-social publié en 1977 [16], modèle utilisé également en médecine générale.

Du fait de sa spécificité, de nombreux auteurs ou organismes, comme le *General Medical Council* au Royaume-Uni, considère la psychiatrie de liaison comme une sous spécialité psychiatrique à part entière [13]. Aux Etats-unis, elle est regroupée avec d'autres sous spécialités telles que la pédopsychiatrie, l'addictologie sous l'égide de la médecine psychosomatique. En France, elle est plutôt considérée comme une activité accessoire, sans politique spécifique de santé dédiée et sans véritables études consacrées.

On retrouve dans cette sous spécialité une bipolarité fondamentale, illustrée par la dénomination américaine « consultation-liaison-psychiatry ». En effet, elle présente deux activités principales :

- une activité de consultation : prestation axée sur le patient afin de donner au confrère demandeur non psychiatre un avis de spécialiste concernant un patient donné.

- une activité de liaison : prestation axée sur l'équipe soignante. Elle consiste en la formation et la sensibilisation du personnel soignant d'un service aux aspects psychologiques de leur activité lors de la prise en charge du patient et de son entourage.

3. Domaines d'interventions de la psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison comporte plusieurs domaines d'activités : activité clinique, pédagogique, d'enseignement et de recherche.

Ces interventions ont comme but d'établir une alliance optimale entre le patient, sa famille et l'équipe soignante. Ainsi, les différents intervenants d'une équipe de liaison psychiatrique peuvent prendre en charge seul ou à plusieurs, aussi bien le patient que sa famille ou les soignants.

A titre d'illustrations :

- Interventions à caractère diagnostique : établissement d'un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant d'affection somatique, contribution au diagnostic différentiel entre troubles somatiques liés à une affection organique et troubles somatoformes.

- Interventions à caractère thérapeutique : prescription d'un traitement psychotrope, discussion d'une indication de psychothérapie.

- Interventions à caractère pragmatique : orientation d'un patient vers une structure de soins psychiatriques, avis sur une mesure de protection des biens.

- Interventions à caractère multidisciplinaire : consultations conjointes associant un psychiatre et un somaticien, préparation à une intervention chirurgicale majeure (greffe d'organe).

- Interventions à caractère pédagogique : animation de groupes de parole de soignants, soutien aux équipes soignantes en difficulté ou en souffrance, exposé synthétique sur un thème effectué dans un service de médecine à visée didactique.

- Interventions à caractère scientifique : publications de travaux de recherche.

4. Organisation en milieu hospitalier en France

L'organisation de la psychiatrie de liaison en France est loin d'être homogène. En effet, la forme prise par cette activité varie selon l'éventail des expériences locales et des structures administratives qui lui servent de support. Ainsi, toutes les configurations existent : des modèles « éclatés », qui reposent sur l'existence de vacations de spécialistes « attachés » à des services de médecine et intégrés au fonctionnement de ces services ; des modèles « centralisés », où un service, département ou unité de psychiatrie de liaison regroupent l'ensemble des moyens d'interventions psychiatriques et psychologiques d'un hôpital général. Le modèle centralisé paraît le plus souhaitable dans la mesure où il permet l'identification d'une structure stable et d'une équipe homogène. Le travail en équipe pluridisciplinaire est essentiel, composé, dans l'idéal, de psychiatres mais aussi de psychologues cliniciens

et d'infirmiers psychiatriques. Cela permet à chacun des membres de l'équipe de liaison d'avoir une place bien définie et d'intervenir en complémentarité [13].

B.L'infirmier(e) de liaison en psychiatrie

1. Statut et formation de la profession : des origines à nos jours

Le statut de l'infirmier en psychiatrie s'est modelé en fonction de l'évolution de la considération de la folie dans la société et des progrès de la psychiatrie.

La dénomination d'infirmier apparait à partir du XIVe siècle dans les maisons religieuses venant du mot latin « infirmus » (faible, invalide, impotent) et désignant les sœurs prenant en charge les soins, tant sur le plan spirituel que corporel.

A la fin du XVIIIe siècle, les religieuses se faisant plus rares, apparaissent les « gardiens de fous » au sein des asiles. En effet, la folie est considérée, à cette époque, comme contagieuse, d'où la nécessité de « surveillants ». Embauchés parmi les anciens malades de l'asile, ils ont un rôle d'exécution, de soumission et d'obéissance aux médecins ayant pour référence un modèle religieux.

Début XIXe siècle, sous l'impulsion de J.-B. Pussin et Pinel, une reconnaissance est établie vis-à-vis de l'importance de « l'auxiliaire » qu'est le gardien des fous auprès du médecin pour « le seconder dans l'effort, ainsi que son rôle de compatissant et de réanimateur de la flamme chez les malades ». Par la suite, en 1838, la loi des aliénés structure la profession avec un recrutement, non plus chez les anciens malades mais au sein d'une population rurale ou par relation.

Les premières écoles spécialisées d'infirmiers d'asiles voient le jour sous l'élan de Bourneville : en 1877 création de l'école d'infirmiers de « l'asile de la Salpêtrière », en 1878 l'école de Bicêtre qui institue un Certificat d'Aptitude professionnelle (CAP) sur un an, l'école de la Pitié en 1880 et en enfin, l'école de Sainte Anne en 1882.

On retrouve la première trace réglementaire de la profession en 1907 avec la création d'un Diplôme d'Infirmier Psychiatrique Départemental. Dès lors, le gardien devient infirmier dans les établissements de psychiatrie. Néanmoins la formation n'est pas obligatoire.

La première guerre mondiale a provoqué une forte féminisation de la profession et mis en avant l'insuffisance de qualification du personnel soignant. Ainsi, entre les deux guerres, on remarque une forte pression des psychiatres pour faire progresser le statut et la formation des infirmiers.

En 1924, le titre d'Infirmière Diplômée d'Etat peut être porté par Décret. Ce statut sera défini, légalisé et officialisé en 1946. Néanmoins, les infirmiers de psychiatrie ne sont pas mentionnés et ne sont reconnus que dans les établissements où ils ont été formés, entrainant de nombreux mouvements de protestations.

P. Bernard dénonce cette situation de non reconnaissance des infirmiers en psychiatrie et d'une instabilité socio professionnelle. Il crée en 1948 l'école des « bleus » à Maison Blanche qui devient le premier laboratoire de la formation des infirmiers en psychiatrie. Cela va provoquer, en 1949, l'obligation légale de formation dans tous les établissements psychiatriques français selon le programme proposé par P. Bernard.

A partir de 1968 et l'apparition de la sectorisation (1960), le statut évolue avec un changement des pratiques : mise en place d'un travail pluri professionnel, création de centres extra hospitaliers, des repas et séjours thérapeutiques provoquant une relation soignant/soigné réduit, un statut social amélioré avec l'obtention d'un jour de congé supplémentaire par période de sept jours travaillés et une place de plus en plus importante de l'infirmier dans les prises en charge.

Le 12 mai 1969, le statut d'infirmier de secteur psychiatrique est officiel.

Le 16 février 1973 est défini et mis en place le Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique (DISP). Une formation sur 28 mois avec 1580 heures puis, à partir de 1979, 33 mois et 4640 heures portant sur un champ de compétence limité aux seuls lieux d'exercice luttant contre les maladies mentales.

Un grand changement apparait en 1992 avec l'officialisation d'un Diplôme d'Etat polyvalent. Les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) sont créés mettant fin aux formations spécifiques pour les infirmiers en psychiatrie en 1995.

Donc, avant 1992, il existait deux formations distinctes : le Diplôme d'Etat d'Infirmier réalisable en 3 ans et le Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique en 33 mois. Après 1992, un unique Diplôme d'Etat d'Infirmier polyvalent.

Ainsi, depuis 1992/1995, il n'existe plus de formations spécifiques à la profession d'Infirmiers de secteur psychiatrique. La formation psychiatrique est réduite à seulement 400 heures et les stages à 280 heures.

Premier problème, les infirmiers détenant un DISP se voient contraints d'obtenir une équivalence au Diplôme d'Etat Infirmier. Après plusieurs mesures transitoires non approuvées, en 1999, une équivalence devient possible par le biais d'une formation d'au moins 6 mois, personnalisée pour chacun.

Le plan santé mentale 2005 met en avant ce manque de formation concernant les soins psychiatriques, lié à la réforme de 1992, et met en route un groupe de travail pour réfléchir sur la création d'une formation complémentaire spécifique et à d'autres moyens d'apprentissage.

Ainsi, une première circulaire en juillet 2004 est publiée, mettant en place une formation complémentaire de quinze jours pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

En janvier 2006, une deuxième circulaire voit le jour : un système de tutorat est créé permettant aux jeunes infirmiers arrivant en secteur psychiatrique de se faire parrainer au début par des infirmiers expérimentés. Le but étant la transmission du savoir et de l'expérience pendant un an.

Ces deux modules ont ainsi été mis en place progressivement depuis 2006/2008 [17,18,19].

Qu'en est-il de la formation en psychiatrie de liaison ?

La pratique de la psychiatrie de liaison comportant un certain nombre de particularités par rapport à celle de la psychiatrie générale, l'infirmier de liaison devrait pouvoir bénéficier d'une formation approfondie dans certains domaines.

Certains pays proposent un enseignement spécifique tel que les Etats-Unis aboutissant à un certificat (*subspecialty certificate*) en psychiatrie de liaison. Ce n'est pas le cas en France où il n'y a pas de directive nationale concernant l'enseignement de cette discipline. C'est en cherchant du côté du Développement Professionnel

Continu et des Diplômes Inter-Universitaires que l'on peut trouver quelques formations complémentaires dédiées à la psychiatrie de liaison.

2. Qualités exigibles et lieux d'exercices

La présence d'infirmiers psychiatriques, au sein d'une équipe de psychiatrie de liaison, est très enrichissante. Ni médecins, ni psychologues, ils occupent une place à part au sein de cette équipe. Ils interviennent en complémentarité des autres membres de l'équipe, en apportant la connaissance spécifique des soins infirmiers. Leurs interventions se font à la fois en direction des patients et des équipes soignantes. L'infirmier de liaison intervient seul ou en binôme avec un psychiatre de l'équipe de liaison.

Il peut intervenir sur plusieurs domaines :

- Participation à l'évaluation d'une situation clinique, soit seul avant d'en référer à un psychiatre, soit en binôme avec un psychiatre, le plus souvent.
- Participation à l'orientation du patient.
- Travail de soutien auprès du patient.
- Echanges privilégiés avec les membres des équipes soignantes des services somatiques.

Par ailleurs, l'infirmier de liaison occupe une place particulière de par sa fonction d'infirmier :

- Il a une approche relationnelle différente de celles du psychiatre ou du psychologue.
- Ses interventions s'inscrivent dans une temporalité différente de celle du psychiatre.
- Il propose au patient un soutien et une écoute particulière, tout en étant « déchargé » des questions diagnostiques et thérapeutiques, et des prises de décisions directes.
- Il bénéficie d'une relation privilégiée auprès des infirmiers des services somatiques [13].

3. Fonctionnement au sein du CH Henri Laborit

Le Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL) est spécialisé dans la prise en charge des troubles psychiques. Il répond aux besoins en santé mentale des enfants, adolescents, mère/enfant, adultes et personnes âgées du département de la Vienne et de la ville de Poitiers.

Il est présent sur le site de la Milètrie depuis 1956, appelé à l'époque le Centre Psychothérapique de la Vienne. Il acquiert son indépendance vis-à-vis du CHU en 1972.

La psychiatrie de liaison apparait en 1989, avec le détachement d'infirmiers et de psychiatres de liaison, au niveau du service d'urgences du CHU.

Au fil des années et de l'évolution de ce secteur d'activité, deux unités se sont créées :

- L'Unité de Consultation Médico-psychologique (UCMP), service de psychiatrie de consultation-liaison, intervenant dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) du CHU.

- L'Unité d'Accueil Médico-Psychologique (UAMP), dédié à l'urgence, basé au sein du Service d'Accueil des Urgences du CHU.

L'UCMP est situé au niveau du Pavillon Pierre Janet au CHHL. Elle est sous la responsabilité du Pr JAAFARI.

Ainsi, à Poitiers, la psychiatrie de liaison fonctionne sur un modèle « centralisé » via l'UCMP notamment. Son activité est intersectorielle, c'est-à-dire que ce service utilise l'ensemble des moyens d'interventions psychiatriques qu'elle met en application sur les différents secteurs de l'hôpital général.

Elle peut intervenir sur la majorité des secteurs médicaux, chirurgicaux du CHU (cf tableau ci-dessous), hormis quelques-uns comme par exemple la réanimation médicale, médecine interne et maladies infectieuses gérés par l'UAMP et la pédiatrie ou la maternité gérées par l'équipe de Pédopsychiatrie. De plus, il existe une équipe spécifique de géronto-psychiatrie de liaison qui intervient uniquement sur le pôle de Gériatrie.

Les services bénéficiant des interventions de l'UCMP	
Beauchant Chirurgie Cardio Thoracique Unité 3, Réanimation chirurgie cardio-thoracique	H5B Urologie HC
Beauchant Cardiologie Soins intensifs, Unité 1 et Unité 2, clinique HTA U3	H6B Chirurgie plastique
Beauchant Pneumologie Unité 1 et Unité 2	H6B Dermatologie
H1B Obstétrique	H6C Gastro-Entérologie, H6D Gastro-Entérologie et Soins intensifs
H1D Gynécologie Hospitalisation complète et consultation	H7B Rhumatologie, H7C Rhumatologie
H2B Traumatologie-Orthopédie C, H2C Traumatologie-Orthopédie C	H7D O.R.L.
H3C Neuro-chirurgie et Neuro-chirurgie CHU Soins intensifs	H7D Ophtalmologie
H4B Neurologie, H4C Neurologie, H3B Neurologie	Hématologie Hôpital De Jour, Hématologie Hospitalisation complète
H4D Chirurgie Vasculaire	Maurice Salles Rééducation Fonctionnelle
H5B Chirurgie Viscérale Hospitalisation complète, H5D Chirurgie Viscérale	Oncologie médicale Hospitalisation complète, Hôpital De Jour et De Semaine
H5B Endocrinologie Hospitalisation complète	Satellite Technique Néphrologie Consultation, Hôpital De Jour et Hospitalisation
Satellite Technique Hémodialyse	Satellite Technique Réanimation Chirurgicale
Le Blaye Centre douleur	Garnier Soins palliatifs

***Tableau 2**: Services bénéficiant des interventions de l'UCMP*

Les demandes se font par le médecin ou l'interne du service concerné via appel téléphonique ou bon d'avis à faxer. Elles sont consignées dans un agenda et réparties entre les différentes équipes d'infirmières de liaison.

Chaque demande d'avis psychiatrique est, dans un premier temps, traitée par l'infirmière. Elle va dans le service concerné recueillir auprès de l'équipe soignante et du patient les premières informations et réaliser une première évaluation. Le médecin ou interne psychiatre viendra ensuite réaliser son évaluation, si besoin.

Par la suite, un dossier patient est créé au niveau de l'UCMP ou UAMP, contenant les données recueillies dans le service et l'avis donné avec les consignes thérapeutiques éventuelles. Enfin, un archivage est réalisé sur le réseau informatique du CHHL [20].

La psychiatrie de liaison dédiée à la gériatrie :

Concernant la géronto-psychiatrie de liaison, la gestion est centralisée au niveau du Pavillon Cousin. Le Dr BOUQUET en est le chef de service.

Ce service gère en majorité des demandes d'évaluation émanant de médecin traitant et de médecin coordinateur d'EHPAD afin d'évaluer les résidents de ces établissements. Elle s'occupe également de la psychiatrie de liaison au niveau du pôle de gériatrie du CHU.

Une équipe pluridisciplinaire est chargée uniquement des demandes d'avis psychiatriques au sein du pôle de Gériatrie. Le fonctionnement vis-à-vis des demandes est sensiblement le même : elles sont envoyées des différents secteurs du pôle par les médecins ou internes via le logiciel de prescription Hopital Manager®. Les demandes sont gérées initialement par les infirmières de liaison de l'équipe. Elles ont chacune un secteur dédié où elles passent une à deux fois par semaine afin de recueillir les premières informations, réaliser l'évaluation ou encore réévaluer un patient ayant déjà bénéficié de ce premier contact. Si besoin, une psychiatre est présente dans l'équipe pour donner un avis sur le pôle : le Dr PAPIN. Un staff est organisé au Pavillon Cousin une fois par semaine, tous les vendredis, avec l'équipe de liaison au complet pour présenter ou reparler des dossiers pris en charge.

Un service de dix-huit lits de Géronto-psychiatrie est disponible au Pavillon Cousin pour transférer, si besoin, un patient du pôle nécessitant une surveillance plus spécifique ou des soins psychiatriques urgents.

III. Définition de l'épisode dépressif caractérisé chez la personne âgée

La dépression de la personne âgée est une pathologie fréquente à cette période de la vie, déterminante sur l'autonomie et l'espérance de vie du patient. C'est une pathologie piégeuse par sa symptomatologie parfois atypique, frustre ou masquée derrière des signes somatiques aspécifiques. Elle peut être primaire ou secondaire à une situation sociale mal vécue, à une pathologie somatique aigue ou chronique, ou de cause iatrogène.

On peut définir l'Episode Dépressif Caractérisé (EDC) par le biais de deux référentiels : celui de l'OMS, le CIM-10, et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5e Edition* ou DSM-5 utilisé en clinique et à but de recherche, publié aux Etats-Unis en 2013, remplaçant l'édition précédente datant de l'an 2000.

Les évolutions par rapport au DSM-IV vis-à-vis des troubles de l'humeur concernent des modifications de certains diagnostics syndromiques, l'apparition de nouvelles caractéristiques spécifiques pour les troubles dépressifs, l'apparition de nouvelles entités et des réflexions pour envisager d'autres recherches sur des entités existantes.

Je vais exposer quelques notions importantes afin de définir clairement et de manière concise ce que représente l'EDC. Je présenterai les éléments généraux chez l'adulte puis les particularités cliniques en gériatrie afin de capter la nuance entre ces deux tableaux. Enfin, j'expliquerai la physiopathologie de la dépression afin de mieux appréhender sa symptomatologie clinique.

A. Définition de l'Episode Dépressif Caractérisé chez l'adulte selon le DSM-5

L'Episode Dépressif Caractérisé se définit selon le DSM-5 [21] par :

- Au moins cinq des symptômes suivants devant être présents pendant une même période d'une durée de **deux semaines**, ayant représenté une **rupture par rapport au fonctionnement antérieur.** Au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir. Les symptômes ont chacun un degré de sévérité certain, tous les jours ou presque tous les jours :

1. **Humeur dépressive** signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les proches (pleurs).

2. **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités.

3. **Perte ou gain de poids significatif** (5%) en l'absence de régime, diminution ou augmentation de l'appétit.

4. **Insomnie ou hypersomnie.**

5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur.**

6. **Fatigue ou perte d'énergie**.

7. **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée** (qui peut être délirante).

8. **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** (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.**

- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

- L’épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

- Il n’y a jamais eu d’épisode maniaque ou hypomaniaque.

B. Définition selon le CIM-10

Les éléments se rejoignent concernant la durée d’au moins deux semaines, la rupture avec l’état antérieur et l’induction d’une détresse significative. La nuance s’opère vis-à-vis des critères mis en avant [22] :

- Au moins deux symptômes principaux :

  => Humeur dépressive

  => Perte d’intérêt, abattement

  => Perte d’énergie, augmentation de la fatigabilité

- Au moins deux des autres symptômes :

  => Concentration et attention réduite

  => Diminution de l’estime de soi et de la confiance en soi

  => Sentiment de culpabilité et d’inutilité

  => Perspectives négatives et pessimistes pour le futur

  => Idées et comportements suicidaires

  => Troubles du sommeil

  => Perte d’appétit

Un EDC peut également se manifester par des expressions somatiques (algies, plaintes fonctionnelles diverses et répétées) et par des troubles de la sexualité.

C. Mise à jour concernant la perte significative

Dans le cas d'une perte significative tel qu'un deuil ou une ruine financière, une réponse normale peut être présente tel qu'un sentiment de tristesse, rumination, insomnie, perte d'appétit ou de poids. La présence de symptômes tels qu'un sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre le proche décédé), un ralentissement psychomoteur et/ou une altération du fonctionnement général suggère la présence d'un EDC compliquant la réponse normale à cette perte significative [22,23].

D. Evaluation de la sévérité de l'Episode Dépressif Caractérisé

Le CIM-10 et le DSM-5 proposent une classification de cette pathologie afin de qualifier son niveau de sévérité et ainsi calibrer une prise en charge la plus adaptée possible [22] :

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

***Tableau 3**: Critères définissant un EDC léger, modéré ou sévère.*

HAS. Synthèse de la recommandation de bonne pratique : Episode dépressif caractérisé de l'adulte Prise en charge en soins de premiers recours.

E. Eléments évoquant un risque suicidaire

La complication majeure et potentiellement fatale dans les EDC est la tentative de suicide ou le suicide. Le risque suicidaire doit être ainsi évalué lors du bilan initial et réévalué régulièrement au cours de la prise en charge.

Il est important de questionner le patient sur ses éventuelles pensées suicidaires avec tact et dans un climat de confiance, d'autant plus que le questionnement ne renforce pas le risque suicidaire.

Plusieurs éléments clés sont à rechercher et permettent d'évoquer un risque suicidaire :

- un contexte suicidaire : présence d'idées de plus en plus intenses et fréquentes, l'intention communiquée au praticien ou à un tiers (directement ou indirectement) d'un passage à l'acte, le sentiment de désespoir, des conduites de préparation à l'acte.

- Des signes de vulnérabilité psychique : des troubles de l'image de soi, des signes d'impulsivité, de l'agressivité pouvant faciliter le passage à l'acte, une instabilité comportementale, une personnalité anxieuse connue avec notamment des attaques de panique.

- Des changements de comportements récents, une modification de la vie relationnelle, des conduites à risques [24,25].

La dangerosité ou l'urgence de la crise suicidaire regroupe plusieurs éléments à explorer :

- *Le niveau de souffrance* : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité, sentiment déclaré de ne plus voir d'issue.

- *Le degré d'intentionnalité* : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).

- *Les éléments d'impulsivité* : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.

- *Un éventuel élément précipitant* : conflit, échec, rupture, perte, etc.

- *La présence de moyens létaux à disposition* : armes, médicaments, etc.

- *La qualité du soutien de l'entourage proche* : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère » [24,25].

F. Critères amenant à une indication d'hospitalisation

Il est important de connaître certaines situations de dépression sévère où une hospitalisation d'emblée est recommandée devant un risque suicidaire important ou une gravité clinique [22] :

- Patient avec un scénario suicidaire construit imminent.

- Patient avec un risque immédiat d'automutilation.

- Patient avec un potentiel de violence.

- Dépression sévère avec notamment des symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés.

- Présence d'une forte agitation anxieuse avec manque de contrôle émotionnel ou impulsivité.

- Sevrage de substance psychoactive.

G. Particularités gériatriques de la dépression

En premier lieu, il est important de préciser que l'état dépressif chez une personne âgée ne doit en rien être mise en relation avec un vieillissement physiologique. Aucune étude récente n'a montré que l'âge était un facteur de risque de dépression significatif [5,26,27,28,29]. C'est plus vraisemblablement la comorbidité somatique due à l'âge et non l'âge en soi qui accroît le nombre de nouveaux cas de dépression. Un sujet âgé en bonne santé n'a pas plus de risque d'être exposé à une dépression qu'un sujet d'âge moyen [28,29].

Comme dit précédemment, la dépression est souvent sous-diagnostiquée voire banalisée. Il existe plusieurs formes cliniques atténuées et plus compliquées à cerner. De ce fait, le dépistage d'une dépression est souvent réalisé par les médecins ou paramédicaux de soins primaires et les médecins somaticiens hospitaliers [28].

1. Des facteurs de risque spécifiques à identifier

L'implication de facteurs de risque de contracter une dépression en gériatrie semble, pour certains, logique et se retrouve de façon quasiment globale dans les études récentes. Elle est plus nuancée pour beaucoup d'autres. On peut retrouver par exemple un risque majoré de dépression chez les femmes dans les Baromètre santé de 2005 et 2010 de l'INPES [5]. Malheureusement l'étude s'arrête à un âge de 75 ans et ne tient pas en compte un phénomène de « sous-déclaration » des hommes vis-à-vis de trouble de l'humeur. En effet, on peut citer l'étude nécessaire à la validation de l'échelle CES-D qui a mis en évidence une prévalence moins prononcée de dépression entre hommes et femmes avec ce type d'échelle aux questions plus indirectes qu'avec les critères du CIM-10 [30]. On peut citer comme autre facteur portant à débat : le niveau d'étude. En effet, quelques études comme The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) en 2000 [31] ainsi que les résultats de 2004 du DREES sur l'enquête de santé mentale en France [32] mettent en évidence un risque de dépression qui aurait tendance à diminuer avec le niveau d'étude. Le risque chez un diplômé niveau baccalauréat de développer une dépression serait de 1,3 à 1,4 fois plus important qu'un sujet ayant un diplôme d'enseignement supérieur. Néanmoins, ces résultats ne sont pas retrouvés sur le Baromètre santé de 2005 [5].

Ces variations dans les résultats peuvent aussi être expliquées devant la difficulté à prendre en compte des facteurs de domaines bien différents que ce soit génétiques, environnementaux, sociaux ou encore organiques à l'échelle d'une vie. Des facteurs de fragilité dans l'enfance peuvent être impliqués dans une dépression tardive à un âge avancé, par exemple. De surcroit, les nombreuses études sur le sujet ne s'occupent en général que d'une période d'âge et n'observe pas le patient tout au long d'une vie, ce qui peut se comprendre du fait des moyens à mettre en œuvre.

Les facteurs de risques connus peuvent être séparés en facteurs extrinsèques et intrinsèques [27,33,34] :

Facteurs extrinséques :

- Des facteurs socio-familiaux : un isolement social (post-retraite, déménagement, veuvage), un deuil, un changement du cadre de vie notamment chez les « jeunes » âgés.

- Une entrée en institution : comme décrit en introduction, la prévalence de dépression en structure médicalisée est deux à trois fois plus importante qu'un patient vivant à domicile.

- Des facteurs environnementaux : des événements de vie traumatiques (agression sexuelle, violences, catastrophes naturelles ou attentats), des problèmes financiers, une prise de toxiques au cours de sa vie tel que l'alcool [34]

- Des facteurs iatrogènes : il est compliqué de mettre en évidence un effet dépressogène de tel ou tel médicament. Pour la plupart des études, une relation entre ce médicament et une dépression est retrouvée mais sur des petits échantillons. L'effet peut être direct avec une altération du taux de neurotransmetteurs mise en évidence, ou un effet indirect avec une dépression secondaire à une diminution de l'appétit, une somnolence, asthénie, irritabilité. Les classes médicamenteuses principalement évoquées sont : les bétabloquants, benzodiazépines, antihypertenseurs centraux, neuroleptiques, antihistaminiques, antiparkinsoniens, anticonvulsivants, interféron béta et alpha, amiodarone, vincristine, vinblastine pour les plus courants [35,36].

Facteurs intrinséques :

- Des facteurs organiques cérébraux : AVC, démence vasculaire, dysthyroïdie, maladie de Parkinson, carence en folate, B12.

- Autres pathologies somatiques : infections virales, maladies endocriniennes (dysthyroïdies, maladie de cushing, diabète), cardiopathie ischémique, dénutrition, leucémies, cancer du pancréas, … [22,35,37]

- Une perte d'autonomie : conséquence de handicaps physiques comme cognitifs (post AVC par exemple), des chutes à répétition avec un syndrome post chute.

- Un trait de personnalité fragilisant : la présence d'antécédents thymiques, un trouble de la personnalité. En effet, certaines études montrent un risque multiplié par 2,3 de rechute en dépression en cas d'antécédents thymiques dans le passé [27].

- Des facteurs biologiques : cf paragraphe Physiopathologie ci-après.

D'autres facteurs ont été incriminés ou évoqués mais non confirmés par les études [38] : le niveau d'éducation, l'origine ethnique et les différences culturelles et religieuses.

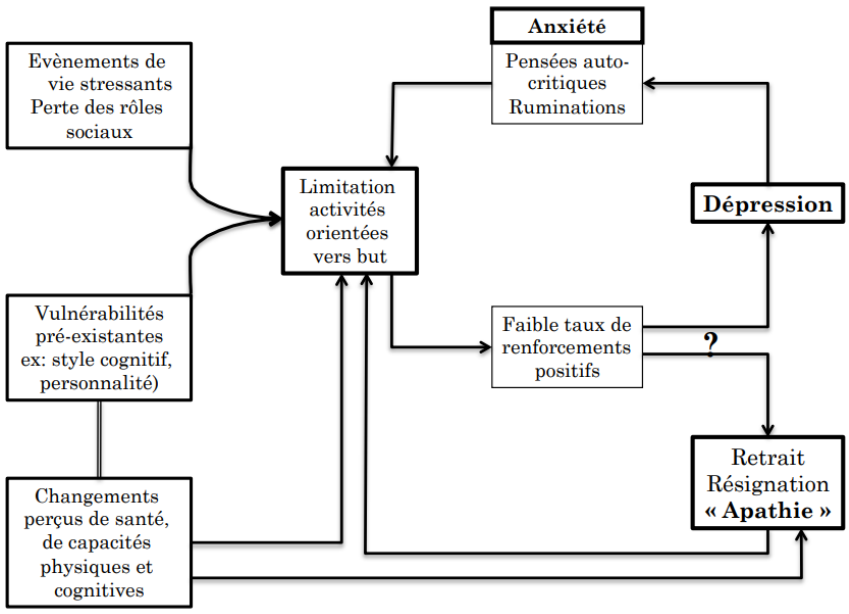

***Figure 2** : Modèle comportemental de la dépression du sujet âgé. Fiske A, Wetherell JL and al. Depression in Older Adults. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852580/*

L'illustration ci-dessus est un aperçu de l'intrication possible entre ces différents facteurs de risque amenant à une dépression chez un sujet âgé : des vulnérabilités déjà existantes comme un type de personnalité fragilisant associées à des événements de vie stressants comme la perte d'un proche de façon brutale ou un isolement social, un sujet développant au cours de sa vie des comorbidités telles que des pathologies cardiovasculaires. Ces éléments peuvent provoquer une limitation de ses activités orientées vers un projet, un but. Cela amène un faible apport de renforcement positif amenant à son tour des signes dépressifs, une résignation engendrant enfin des ruminations et des pensées négatives. Un cercle vicieux s'installe, chronicisant cet état dépressif [37].

2. Particularités cliniques

Le tableau clinique de dépression chez la personne âgée nécessite, certes, de retrouver les critères du DSM-5 pour établir le diagnostic de dépression mais sa présentation est différente de la dépression de l'adulte jeune ou de l'enfant : en effet, l'expression de la tristesse est moins flagrante, laissant place au premier plan à de nombreuses plaintes somatiques (algies ostéo-articulaires, céphalées, symptômes digestifs, problème de déglutition, …). On retrouve également une asthénie, une insomnie qu'il ne faut pas mettre sur le compte du vieillissement physiologique. L'anxiété est plus importante que chez l'adulte, on retrouve des notions de « peur de tout », peur de sortir, une irritabilité voire une véritable agressivité. Les patients peuvent éprouver un plus fort ressenti des événements négatifs ou funestes. On retrouve fréquemment des sentiments d'inutilité, de culpabilité vis-à-vis de l'entourage (« je suis un poids pour eux », « quand je serai parti ils seront plus tranquilles »). Les idées suicidaires sont très peu exprimées alors que cette tranche âge est à haut risque de suicide [26,33,35,37].

On peut retrouver une atteinte des fonctions cognitives à type de troubles de l'attention, alexithymie, troubles mnésiques, troubles des fonctions exécutives notamment dans la planification et l'organisation des tâches. Dans ce contexte clinique, il est important d'être vigilant et de dépister toutes pathologies neurodégénératives (Alzheimer par exemple) pouvant être inaugurées par un tableau dépressif [35,37,39]. En effet, certaines méta analyses mettent en évidence un risque

multiplié par deux de développer une démence au cours de sa vie quand il existe un terrain dépressif [40].

Concernant la présentation clinique selon le sexe, quelques différences sont soulignées telles une proportion plus importante de trouble de l'appétit chez les femmes, une irritabilité et agitation plus présentes chez les hommes [41].

3. Formes cliniques à identifier

- Dépression masquée :

Comme décrit plus haut, les plaintes somatiques sont au premier plan, l'humeur triste et l'anhédonie sont plus discrets. Ces symptômes dépressifs sont néanmoins bien présents mais de façon partielle.

Il existe des sous-classes : le masque somatique, hypochondriaque ou anxieux, … [26,35]

- Dépression à début tardif :

C'est une forme clinique survenant au-delà de 60 ans ou 65 ans selon les auteurs chez une personne n'ayant aucun antécédent de dépression personnel comme familial. Elle est l'une des formes les plus fréquentes chez la personne âgée et est un facteur plus important d'évolution vers un état démentiel. Elle est souvent associée à des facteurs vasculaires. On peut retrouver à l'imagerie une leucoaraïose sous corticale ainsi qu'une dilatation ventriculaire. Il existe également une résistance aux traitements médicamenteux [42,43].

- Dépression vasculaire :

Intriquée dans le carcan des dépressions à début tardif, elle est retrouvée chez des patients avec de multiples antécédents ou facteurs de risque cardio vasculaire symptomatiques ou non (AVC, infarctus lacunaire, HTA, diabète,…) Cliniquement, il existe une apathie importante, qui se différencie de signes de dépression par une

démotivation, absence d'initiative ou de persévérance, un émoussement affectif et un retrait social. Ces signes sont en général remarqués et signalés par l'entourage. Cette forme présente également des caractéristiques en imagerie : on retrouve à l'IRM des lésions périventriculaires et sous corticales de la substance blanche et de la substance grise profonde, y compris en l'absence d'une pathologie cérébrovasculaire cliniquement symptomatique. Elle partage la même résistance face aux thérapeutiques médicamenteuses avec également des risques d'évolution vers un syndrome démentiel [26,35,43,44].

- Dépression mélancolique :

Cette forme est caractérisée par une symptomatologie sévère avec prostration, mutisme pouvant évoquer dans certains cas un syndrome de glissement. A contrario, on peut retrouver une forte agitation et des troubles du comportement. Elle peut représenter l'évolution d'un trouble bipolaire connu ou d'un premier épisode inaugural.

Cette forme de dépression est à risque de suicide important nécessitant une hospitalisation en urgence [26,35,44].

- Dépression délirante :

Dépression de diagnostic compliqué du fait de symptômes délirants prépondérants masquant les composantes dépressives. Les idées délirantes les plus fréquentes étant les idées d'incurabilité, de perte d'espoir ou de ruine. On retrouve souvent une composante persécutive dans ces idées délirantes congruente à l'humeur, à tonalité triste. On peut citer le syndrome de Cotard (négation de soi/d'organe) faisant partie de cette présentation clinique [26,42,44].

4. Conséquences chez la personne âgée

Le risque suicidaire à cet âge, concerne deux à trois hommes pour une femme. Ce risque s'accroît avec l'âge. De plus, il existe une forte létalité du fait de procédés violents (tels des suicides par fusil de chasse), des idées suicidaires peu exprimées avec ainsi une intention et une préparation de l'acte suicidaire masquées. La dépression est impliquée dans 80% de ces actes suicidaires, d'autant plus s'il existe des comorbidités [32,45].

Une dépression peut provoquer un déclinement de l'autonomie avec un risque de dépendance, d'augmentation de la morbimortalité et par extension d'entrée en institution.

5. Exemples d'outils d'évaluation clinique de la dépression en Gériatrie

Afin de dépister, diagnostiquer, faire la part des choses entre ces différentes entités cliniques et assurer un suivi, plusieurs outils d'évaluation sont disponibles. Ils sont de plusieurs types : des entretiens standardisés, des auto-questionnaires ou des échelles d'hétéro-évaluation.

a) Echelles d'hétéro évaluation

- La ***Hamilton Depressing Rating scale (HDRS)*** :

Créée en 1960, elle fut initialement utilisée pour évaluer l'efficacité de la première génération de traitements antidépresseurs. Même si, de nos jours, elle n'est pas utilisée à but diagnostic, elle est intéressante en pratique pour évaluer la sévérité d'une dépression établie et assurer le suivi. Le questionnaire est rempli après la consultation par le praticien (Annexe 2). Un certain apprentissage est nécessaire pour que cette échelle soit pertinente. Elle comprend vingt et un items dont dix-sept participent au score. Ce dernier variant de 0 à 52. De 10 à 13, les symptômes dépressifs sont considérés comme légers, de 13 à 17 légers à modérés, à partir de 18 on parle de dépression modérée à sévère [46,47].

- La ***Montgomery-Asberg Depression Rating Scale assessment (MADRS) :***

Elle est conçue pour fournir une mesure sensible au changement de la sévérité de l'état dépressif, principalement durant un traitement par antidépresseur. Il comporte dix items qui évalue successivement : la tristesse apparente, la tristesse exprimée, la tension intérieure, la réduction de sommeil, la réduction de l'appétit, les difficultés de concentration, la lassitude, l'incapacité à ressentir, les pensées pessimistes et les idées suicidaires (Annexe 2). Cet hétéro-questionnaire se rapporte aux sept jours

précédents. Il se remplit en environ quinze minutes, donc il est possiblement utilisable en pratique. Chaque item est coté de 0 à 6. Le score peut ainsi varier de de 0 à 60. Le seuil de dépression est fixé à 15 [47].

- ***Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) :*** questionnaire d'exécution rapide (deux à six minutes) évaluant la symptomatologie dépressive et anxieuse en écartant les symptômes somatiques susceptibles d'en fausser l'évaluation (Annexe 2). Il ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou états anxieux. Il comporte quatorze items répartis en deux sous-échelles : sept items pour évaluer la dépression (dysphorie, ralentissement et dimension anhédonique), sept pour évaluer l'anxiété. Les items étant cotés de 0 à 3. Les seuils étant : de 0 à 14 pas de troubles anxio-dépressifs, de 15 à 42 existence de troubles anxio-dépressifs [48].

- La ***Brief Psychiatric Rating Scale (BDRS) :*** échelle multidimensionnelle à seize items qui évalue différentes dimensions cliniques dont la dépression, mais également l'émoussement affectif, les idées délirantes, les hallucinations. Cette échelle est donc préférentiellement utilisée pour l'évaluation de patients âgés souffrant de pathologie psychotique [49].

Spécificité d'évaluation chez un sujet avec troubles cognitifs :

Il est important, concernant cette population gériatrique, d'évaluer l'existence de troubles cognitifs, par exemple par le biais du MMSE. En effet, certains tests ne sont pas réalisables si le score MMSE est < 22. Dans le cas d'une démence avérée, des échelles d'évaluation existent. Elles sont souvent multidimensionnelles, recherchant entre autres des signes de dépression :

- ***Neuro Psychiatric Inventory (NPI)*** *et sa variante* ***NPI-ES :*** recueil d'information sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Cet hétéro-questionnaire peut être rempli par un accompagnant ou un membre d'équipe soignante, dans le cadre d'un EHPAD par exemple, connaissant bien le patient ou résident qui sera interviewé par un évaluateur externe (NPI-ES). Dix domaines comportementaux et 2 variables neuro-végétatives sont pris en compte. L'entretien est réalisé de préférence en l'absence du patient pour faciliter une discussion ouverte sur les comportements évalués (Annexe 2). On cote notamment la

fréquence, la gravité et le retentissement de chaque élément, se rapportant sur la semaine passée ou pendant d'autres périodes bien définies. Le rôle du soignant ou de l'accompagnant est à déterminer (temps passé auprès du patient, poste exercé, fiabilité des infos données, …). Le score du domaine est déterminé comme suit : fréquence x gravité. Le score total NPI peut être calculé en additionnant tous les scores des 10 premiers domaines comportementaux. L'ensemble des scores des 12 domaines peut aussi être calculé s'il existe d'importants signes neurovégétatifs. Le score retentissement est calculé à part (NPI-ES) afin de déterminer le retentissement pour le soignant sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores des 10 ou 12 domaines [50].

- ***Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS)*** *:* échelle multidimensionnelle permettant l'évaluation globale d'un patient atteint de la maladie d'alzheimer. Elle comprend deux sous catégories : l'évaluation de la sévérité des troubles des fonctions cognitives (onze items) ainsi que des perturbations non cognitives tels que l'agitation, les troubles de la concentration et les signes dépressifs (neuf items) [51].

- ***L'échelle de Cornell de dépression dans la démence (CSDD) :***

Initialement développée pour des patients en institution, elle peut a priori également être utilisée en ambulatoire. Elle est courte avec dix-neuf items, facile à utiliser et peu sensible à la détérioration cognitive. Elle évalue cinq domaines : les symptômes relatifs à l'humeur, les troubles du comportement et symptômes somatiques, les fonctions cycliques, les troubles idéatoires et le mode de passation.

Elle demande une formation du médecin et la nécessité d'un accompagnant connaissant bien le patient. Le temps de passation est d'environ dix minutes avec le patient et vingt minutes avec l'accompagnant.

Même si elle peut avoir une utilité en pratique de médecine générale, cette échelle semble, néanmoins, compliquer à déployer du fait du temps consacrer à l'évaluation [47,52].

b) Questionnaire d'auto évaluation

- ***Geriatric Depression Scale (GDS)*** :

Considérée comme l'outil diagnostique de référence pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé [7,47,52], elle a pour intérêt majeur d'avoir été conçue et validée auprès de personnes âgées en prenant en compte l'écueil des troubles physiques (le biais qui consisterait à considérer certains troubles fonctionnels comme des signes dépressifs). Elle fournit des indications précieuses sur l'état psycho-affectif du patient sans pour autant poser le diagnostic de dépression a elle seule, qui sera confirmé par les critères présent sur le DSM-5 ou CIM-10. L'échelle originale comprend trente items évaluant les différentes manifestations de la dépression par des réponses « oui » ou « non » en fonction de l'état du patient pendant la semaine précédente. On parle de possible dépression légère de 11 à 20 réponses positives, dépression modérée à grave possible à partir de 20 réponses positives. Il existe deux autres versions : le GDS 15 ainsi que le mini GDS (4 items). Elles sont plus faciles d'utilisation et demandent peu d'effort pour répondre aux questions. Donc ces versions sont intéressantes en consultations de médecine générale.

- **Patient Health Questionnaire (PHQ)** :

Il existe deux versions, le PHQ 9 et 2 (Annexe 2). Ces questionnaires sont, certes, initialement adaptés pour les adultes jeunes mais sont intéressants en pratique car ils permettent d'établir un premier repérage d'une potentielle dépression. Le PHQ 2 avec ces deux questions uniques peut très bien être intégré en tant que questions « réflexes » ou de routine lors d'une consultation de médecine générale. En cas de positivité de ces deux questions, le praticien pourra procéder à l'évaluation par le PHQ 9, par exemple, ou à un autre questionnaire plus spécifique de la gériatrie [47,52].

- ***L'Echelle CES-D :*** Echelle créée en 1977, destinée à identifier une symptomatologie dépressive et à en évaluer sa sévérité. Composée de vingt items, l'évaluation se base sur la fréquence de tel symptôme ou tel comportement ressentis durant la semaine écoulée. Les items sont classés de 0 (jamais) à 4 (fréquemment, tout le temps). Quatre items sont classés en inversé. Ainsi le score total se situe entre 0 et 60. Plus le score est élevé plus la symptomatologie dépressive est sévère. Le seuil de dépression probable porte à débat, 16 pour certains, 17 ou 23 pour d'autres. Cette échelle peut

être intéressante pour dépister un cas probable de dépression mais nécessite une évaluation par un diagnostic clinique plus poussée [53,54]

c) Entretiens standardisés

Destinés à des équipes spécialisées en psychiatrie, notamment dans le cadre de la recherche, ces schémas d'entretien semi structurés garantissent, par leur haute spécificité, la constitution de groupes de sujets relativement homogènes sur le plan de la présentation clinique. On peut citer le ***Geriatric Mental Schedule (GMS)*** ou encore ***l'Euro-D Scale*** (dérivé du GMS). Ce dernier fut utilisé pour une étude Eurodep sur la prévalence de la dépression dans les différents pays européens. Ces méthodes ne sont bien évidemment pas utilisables en pratique en ambulatoire [47,52].

Ainsi, selon les recommandations, l'HAS conseille en pratique d'utiliser le GDS-15 voire le PHQ2 puis PHQ 9 si positivité. Le plus important étant de toujours privilégier l'entretien clinique [47].

H. Physiopathologie de la dépression : concepts connus actuels

Les symptômes de la dépression peuvent être expliqués par des anomalies à l'échelle moléculaire. Malgré les progrès encore à réaliser, les avancées en neurosciences permettent de mieux comprendre en partie les particularités de cette pathologie.

La dépression rentre dans le cadre des troubles de l'humeur comme les troubles bipolaires. Ce type de pathologie psychiatrique englobe des dysfonctions de neurotransmetteurs et de circuits neuronaux dédiés à la gestion des émotions et de l'humeur.

Trois neurotransmetteurs majeurs sont impliqués dans la physiopathologie et par extension les traitements des troubles de l'humeur dont la dépression : la noradrénaline, la dopamine et la sérotonine, neurotransmetteurs appartenant au système monoaminergique. Ils travaillent en interaction les uns avec les autres dans de nombreuses régions cérébrales ou du cervelet et on suppose que de nombreux symptômes thymiques reposeraient sur diverses combinaisons de dysfonctionnement de ces trois neurotransmetteurs [55].

1. Autorégulation de ces trois neurotransmetteurs

La noradrénaline, la dopamine et la sérotonine sont capables de réguler leurs activités via des récepteurs spécifiques pré-synaptiques, post synaptiques voire des récepteurs somato-dendritiques permettant une stimulation ou un frein de leurs conductions neuronales.

En effet, la noradrénaline régule les neurones adrénergiques par l'intermédiaire des récepteurs α_2 et le transporteur de la noradrénaline (NAT). Elle est elle-même dégradée par la monoamine oxydase (MAO) A ou B au niveau du neurone présynaptique, ainsi que la catéchol-O-méthyl-transférase (COMT) qui dégrade la noradrénaline au niveau de la terminaison nerveuse pré synaptique.

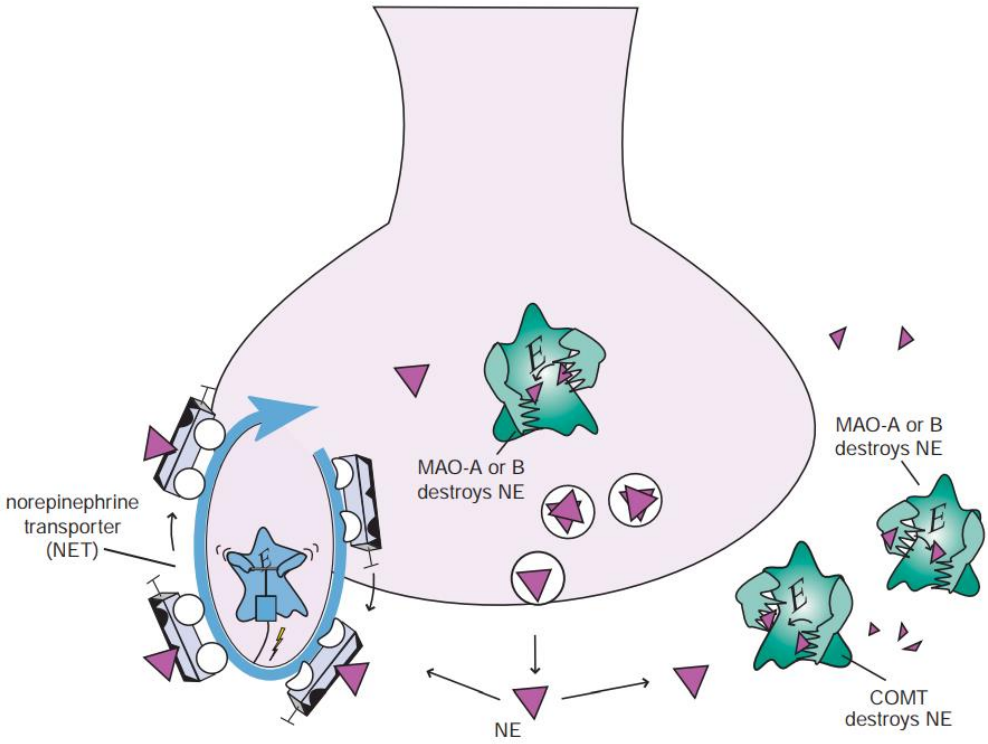

***Figure 3**_: Mécanisme de régulation de la noradrénaline.*

COMT : Catéchol-O-méthyl-transférase ; MAO-A et B : Monoamine oxydase A et B ; NET : Noradrénaline.

Stahl S. Trouble de l'humeur. Psychopharmacologie essentielle. 4e Ed. Paris : Lavoisier ;2017.

La dopamine régule les neurones dopaminergiques grâce aux récepteurs D_2, sa libération est régulée par les transporteurs de la Dopamine (DAT), les MAO A ou B en présynaptique. Enfin, elle est dégradée au niveau synaptique par les COMT également.

Quant à la sérotonine, elle régule sa libération et les neurones sérotoninergiques via les récepteurs présynaptiques 5-HT_{1A} et 5-$HT_{1B/D}$ et les récepteurs post-synaptiques 5-HT_3 et 5-HT_7 ainsi que l'enzyme MAO-A et B et le transporteur de la sérotonine (SERT) en présynaptique [55].

Cette régulation existe également entre ces trois neurotransmetteurs :

- La noradrénaline agit sur la sérotonine en accélérant sa libération par des récepteurs α_1 présents sur le corps de neurones sérotoninergiques. De plus, les neurones adrénergiques innervent les terminaisons axonales des neurones sérotoninergiques et réalisent un effet freinateur par l'intermédiaire de récepteurs post-synaptiques α_2.

L’action prédominante dépendra de l’extrémité du neurone sérotoninergique recevant le plus d’influence noradrénergique à un moment donné. Le phénomène est le même dans de nombreuses interactions entre ces trois neurotransmetteurs [55].

- Concernant la sérotonine, de nombreux récepteurs 5-HT régulent l’activité de la dopamine principalement :

=> les récepteurs 5-HT_{2A} situés en post synaptique, excitateurs dans leurs localisations corticales, stimulent la libération de glutamate au niveau du tronc cérébral qui permet à son tour la libération de GABA agissant à son tour comme inhibiteur sur les neurones dopaminergiques. Finalement, il freine la libération de dopamine.

=> les récepteurs 5 HT_{1A} : peuvent être présents en post-synaptique au niveau des neurones pyramidaux du cortex glutamatergique où ils ont un effet inhibiteur sur ces neurones. Par extension, le glutamate étant inhibé, il ne peut pas activer les neurones GABAergiques situés au niveau du locus niger, ainsi la libération en dopamine est stimulée au niveau du striatum. Donc, par extension, ce récepteur a une action stimulatrice sur la libération en dopamine. De plus, ces récepteurs sont également présents en pré synaptique au niveau des corps et dendrites des neurones sérotoninergiques qu’ils inhibent. Ainsi, il n’y a pas de libération de glutamate ni de GABA et la libération de dopamine est stimulée.

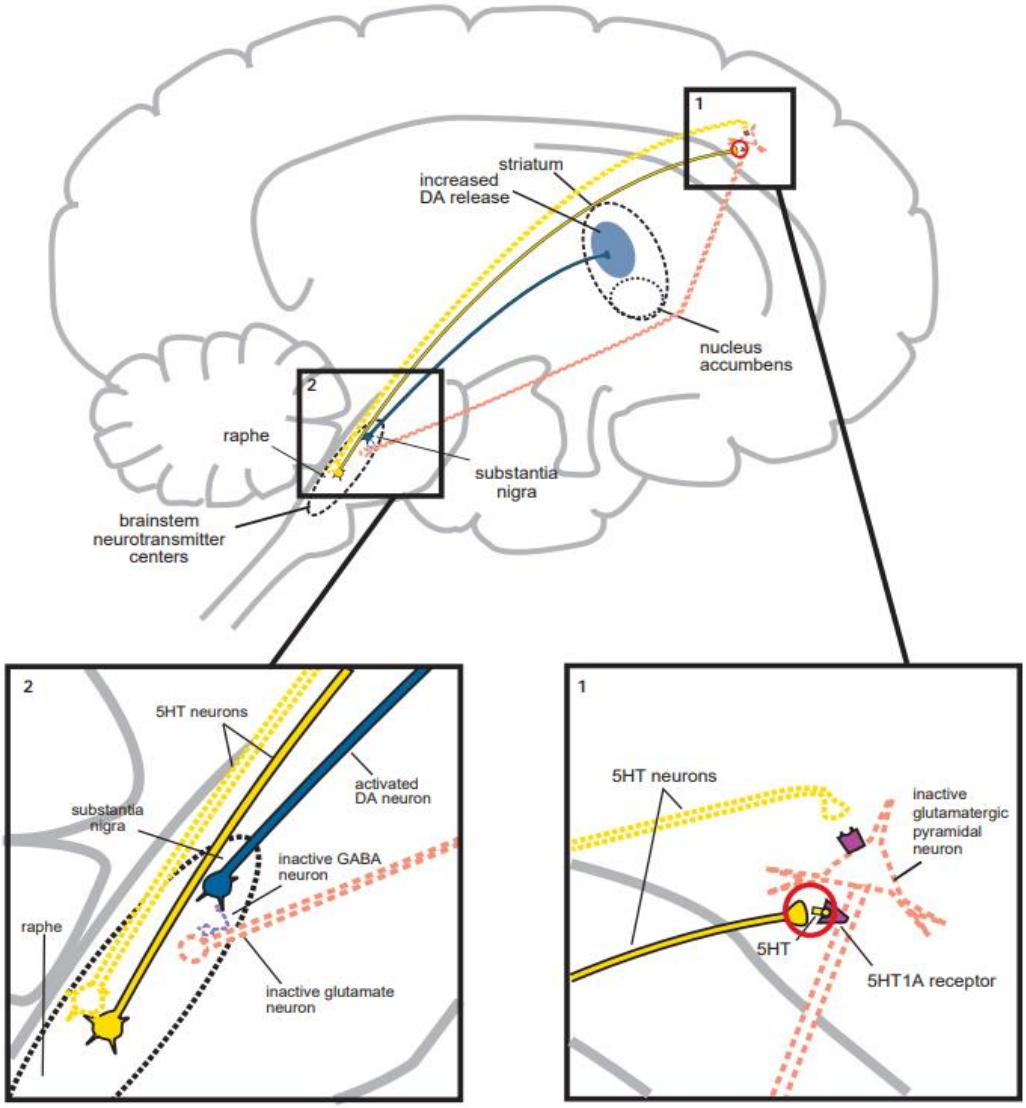

Figure 4 : *Stimulation des récepteurs 5-HT$_{1A}$*

5HT : Sérotonine ; DA : Dopamine. En trait plein un neurone stimulé, en pointillé un neurone inhibé.

Stahl S. Synthèse et catabolisme de la sérotonine. Antipsychotiques. Psychopharmacologie essentielle. 4^{e} Ed. Paris : Lavoisier ;2017.

=> les récepteurs 5-HT$_{1B/D}$: localisés en pré-synaptique au niveau des terminaisons axonales des neurones sérotoninergiques. Lorsque la sérotonine est libérée dans la synapse, le récepteur s'active pour bloquer la libération de sérotonine. Par voie de conséquence, ils inhibent la libération de dopamine en aval.

=> les récepteurs 5-HT$_{2c}$: récepteurs post synaptiques qui régulent la libération de dopamine et de noradrénaline, notamment au niveau du cortex préfrontal.

=> les récepteurs 5-HT_3 : ils ont une action un peu plus globale, ils sont situés en post-synaptique et stimulent les neurones GABAergiques inhibiteurs dans de nombreuses régions cérébrales. Ils vont ainsi inhiber la libération de la sérotonine mais également de dopamine, acétylcholine, noradrénaline et histamine. Ils rentrent en jeu dans le mécanisme de la dépression mais également, pour information, dans le contrôle central des nausées et vomissements.

=> les récepteurs 5-HT_7 : du même principe que les récepteurs 5-HT_{2A} et le 5-$HT_{1B/D}$, ces récepteurs situés en post synaptique régulent la libération de sérotonine et donc par conséquence diminuent la libération de dopamine [56].

- Concernant la dopamine : elle a finalement peu d'interaction en aval sur la sérotonine ou la noradrénaline. On peut citer néanmoins son rôle selon sa densité vis-à-vis du récepteur pré synaptique NAT. En effet, dans certaines circonstances, la dopamine s'échappe de sa synapse et peut interagir avec les NAT. La dopamine est ainsi considérée comme un faux substrat mais dont l'affinité est meilleure entre NAT et dopamine plutôt qu'entre NAT et noradrénaline. Il existe ainsi une compétition vis-à-vis de ce récepteur qui peut jouer sur la concentration en noradrénaline [57].

Il était important de détailler ces différents mécanismes pour mieux comprendre la clinique de la dépression, le fonctionnement des thérapeutiques existantes et celles en cours de recherche qui se basent bien évidemment sur ces différents circuits de régulation. Je détaillerai le fonctionnement des antidépresseurs dans le chapitre suivant.

2. Hypothèses en cours pouvant expliquer la dépression

Les avancées sont encore incomplètes pour expliquer au niveau physiopathologique les phénomènes de dépression. Plusieurs hypothèses existent [55] :

- Hypothèse monoaminergique : la dépression serait due à un déficit en neurotransmetteurs monoaminergiques. La théorie classique incriminée la noradrénaline ou la sérotonine, la dopamine étant négligée. De nos jours, on suggère que l'ensemble du système monoaminergique serait dysfonctionnel avec des implications de chaque neurotransmetteur à des degrés divers et dans des zones du cerveau distinctes selon le tableau clinique du patient. La réflexion était qu'une sorte d'épuisement d'un des neurotransmetteurs se déroulait d'une façon ou d'une autre, par un processus morbide ou de cause iatrogène ou dû au stress.

- Hypothèse du récepteur monoaminergique et expression génique : les symptômes dépressifs pourraient être expliqués par une anomalie au niveau des récepteurs monoaminergique avec des événements moléculaires en aval qui déclencheraient des modifications de l'expression génique. L'intérêt se porte également sur la notion d'inné et d'acquis vis-à-vis de l'action des monoamines en situation de modification épigénétique comme lors de stress, associé à une empreinte génique « à risque » pouvant donner une certaine vulnérabilité à tel ou tel individu sur ces facteurs de stress environnementaux.

Pour mieux comprendre, le déficit en neurotransmetteurs provoquerait une hypersensibilisation compensatrice des récepteurs des neurotransmetteurs. Il n'existe pas de preuve tangible pour le moment hormis concernant des études post mortem où une augmentation des récepteurs 5-HT_2 au niveau du cortex frontal a été mise en évidence chez des patients s'étant suicidés. De plus, certaines analyses en neuro-imagerie ont identifié des anomalies de récepteurs sérotoninergiques chez des patients déprimés.

Ces deux hypothèses n'ont pour le moment pas abouti à des conclusions cohérentes et reproductibles.

- Hypothèses de l'influence du stress : d'autres recherches s'orientent actuellement vers un dysfonctionnement des signaux de transcription en aval des neurotransmetteurs monoaminergiques vers le neurone post synaptique malgré un taux équilibré de neurotransmetteurs et récepteurs. Ainsi, des modifications géniques pourraient expliquer cette symptomatologie dépressive.

La première piste concerne un gène codant pour le brain-derived neurotrophic factor (BNDF). Cette protéine maintient la viabilité des neurones cérébraux. Le problème est que dans un environnement de stress, sa transcription est réprimée, diminuant l'action du BNDF. De plus, le stress peut faire varier le taux de neurotransmetteurs. L'association de ces deux éléments peut provoquer une atrophie voire une apoptose de neurones cérébraux, notamment au niveau de l'hippocampe et de l'amygdale. Cette destruction est le plus souvent réversible mais il peut exister une non récupération. Par extension, l'hippocampe et l'amygdale joue un rôle de rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS). Ainsi, des pertes neuronales dans cette zone de l'hippocampe et de l'amygdale auraient tendance à réduire son action inhibitrice sur l'hypothalamus et provoquer une hyperactivité de cet axe HHS. On sait déjà, suite à des études antérieures, que des anomalies de l'axe HHS sont présentes dans la dépression avec notamment une élévation des glucocorticoïdes et ce phénomène d'inhibition du rétrocontrôle négatif. De plus, certaines données suggèrent qu'un taux trop élevé et persistant dans le temps de glucocorticoïdes pourraient être toxique pour les neurones et provoquer une atrophie. Ces pistes sont utilisées pour l'élaboration de nouveaux antidépresseurs.

Un autre élément pouvant rentrer en jeu est la confrontation dans l'enfance à des événements de stress tels qu'une maltraitance, des agressions physiques ou sexuelles provoquant l'installation d'une certaine vulnérabilité aux facteurs de stress. Ce terrain, à l'âge adulte, amènerait l'individu plus facilement à un état dépressif s'il est confronté à des facteurs de stress. Ainsi, un individu sans phénomène de vulnérabilité dans l'enfance sera plus à même de supporter une situation de stress à l'âge adulte contrairement à un individu fragilisé qui fera une dépression quand il sera confronté à des situations similaires. On voit ainsi l'impact des facteurs environnementaux sur ce phénomène.

Enfin, une dernière orientation peut être évoquée : si le dysfonctionnement concerne des anomalies épigénétiques face à des facteurs environnementaux, plusieurs gènes seraient impliqués dans ce phénomène. Un gène pouvant être en cause dans cette vulnérabilité est celui codant pour le transporteur de la sérotonine (SERT). Il est la cible privilégiée des antidépresseurs ISRS et ISRSNa. Il est très important car il implique, pour un sujet : sa vulnérabilité face à des facteurs environnementaux de stress et donc s'il est enclin ou non à développer plus facilement une dépression, sa sensibilité face aux antidépresseurs ISRS/ISRSNa et même sa tolérance face à ces antidépresseurs.

3. Symptômes et circuits neuronaux dans la dépression

La découverte du rôle de ces neurotransmetteurs dans le traitement de l'information au sein de ces différents circuits neuronaux a permis d'établir une concordance entre les dysfonctionnements de ces différentes voies de l'information neuronales et les symptômes de la dépression. Le diagnostic d'EDC se fait bien évidemment sur des arguments cliniques mais en théorie, chaque symptôme peut être associé à un dysfonctionnement d'une zone du cerveau ou d'un circuit neuronal particulier. C'est-à-dire que l'on peut déterminer une topographie cérébrale de dysfonctionnement mettant en rapport des régions cérébrales spécifiques où le traitement de l'information est inefficace et un tableau clinique de dépression.

Ainsi, comme on peut le voir sur l'illustration ci-dessous, on peut établir une relation entre un symptôme particulier et une aire cérébrale du fait de la fonction de cette zone, le type de neurotransmetteur ou de circuits neuronaux qui s'y projettent.

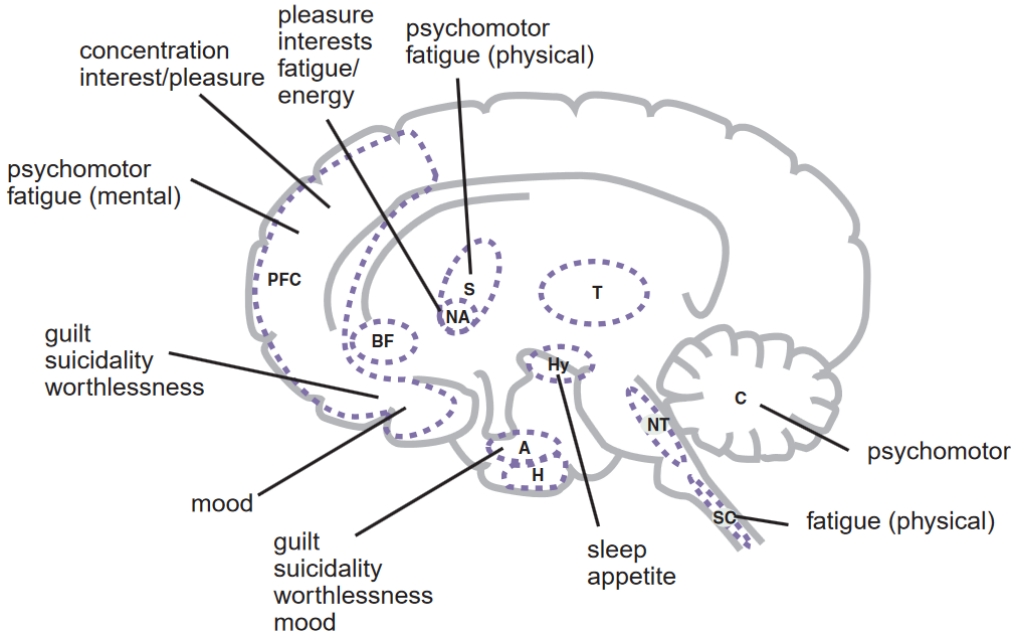

Figure 5 *: Correspondance entre les critères diagnostics d'un EDC et les circuits cérébraux potentiellement dysfonctionnels. PFC : cortex pré frontal ; BF : Téléncéphale basal ; S : Striatum ; NA : noyau accumbens ; T : Thalamus ; Hy : Hypothalamus ; A : Amygdale ; H : Hippocampe ; NT : centre de neurotransmission du tronc cérébral ; C : Cervelet ; SC : Moelle épinière.*

Stahl S. Trouble de l'humeur. Psychopharmacologie essentielle. 4e Ed. Paris : Lavoisier ;2017.

On peut classer les différents symptômes de la dépression selon deux catégories : ceux résultant d'une diminution des affects positifs, ceux résultant d'une augmentation des affects négatifs.

On retrouve parmi les symptômes occasionnant une diminution des affects positifs :

- l'humeur dépressive
- la perte de sensation de bonheur,
- la perte d'intérêt ou de plaisir,
- la perte d'énergie ou d'enthousiasme
- une diminution de la confiance en soi.

D'autre part, l'augmentation des affects négatifs s'illustre par :

- également une humeur dépressive

- de la culpabilité

- de la solitude,

- de l’anxiété et une irritabilité.

En se référant au fonctionnement du système monoaminergique du point de vue neuroanatomique, on peut avancer l’hypothèse qu’un dysfonctionnement du système sérotoninergique a pour conséquence une augmentation des affects négatifs. Une anomalie au niveau du système dopaminergique provoque plutôt une diminution des affects positifs. Enfin, un dysfonctionnement noradrénergique sera impliqué dans les deux catégories [55].

IV. Thérapeutiques antidépressives disponibles chez le sujet âgé

A. Objectifs globaux

Chez la personne âgée, la prise en charge d'un épisode dépressif emprunte différentes approches de soins et nécessite une pluridisciplinarité systématique. En effet, les objectifs seront [28,58,59] :

- En premier lieu, de réduire le risque suicidaire ou d'autres conséquences délétères par une évaluation efficace initiale et régulière voire par une consultation rapide par un spécialiste en urgence.

- Obtenir une rémission complète des symptômes dépressifs sans oublier de traiter le patient dans sa globalité en le soulageant de ses plaintes somatiques, d'anxiété, d'insomnie ou autres symptômes accompagnant les signes de dépression. On considère un patient en rémission complète s'il y a une disparition de la totalité des symptômes et ceci pendant au moins 6 mois. La rémission peut être obtenue dans environ 33% du temps [59]. Le plus fréquent étant une réponse partielle avec persistance de symptômes résiduels.

- De plus, il est important d'aider le patient à retrouver un fonctionnement optimal le plus rapidement possible en mettant en place un dispositif d'aides pour les activités de la vie quotidienne.

- Enfin, la prévention de la rechute ou de la récidive sera un enjeu important car elles pourraient aggraver le pronostic fonctionnel voire vital du patient, à long terme. La rechute est définie par un retour des signes dépressifs moins de 6 mois après un retour à une thymie normale. La récidive survient au-delà de 6 mois après une rémission complète. L'information du patient aura ainsi une grande importance pour expliquer le traitement et l'intérêt de le poursuivre après rémission.

Dans le cadre d'une prise en charge globale, il sera intéressant d'impliquer le plus possible les accompagnants dans un rôle de soutien, de « sentinelle » tout au long du suivi, que ce soit dans la phase d'attaque du traitement comme après la guérison afin, par exemple, d'éviter un réflexe naturel pour le patient consistant à arrêter ou interrompre son traitement. Par extension, une écoute des difficultés des

accompagnants vis-à-vis de l'état dépressif de leur proche malade ne peut être que bénéfique [58].

B. Stratégies thérapeutiques dans la dépression de la personne âgée

Les différentes organisations ayant établi des recommandations de bonne pratique concernant la dépression chez la personne âgée, que ce soit la HAS, l'American Psychiatric Association (APA) ou le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), sont plutôt unanimes sur l'intérêt d'associer traitement médicamenteux et psychothérapie dans les Episodes Dépressifs Majeurs d'intensité modérée à sévère. Les épisodes d'intensité légère pourraient être initialement gérés par une psychothérapie seule [22,60,61].

L'intérêt d'adjoindre un anxiolytique à l'antidépresseur, souvent réaliser en pratique, est une question à se poser : ils ne sont pas systématiquement indiqués. La prescription doit être de courte durée en cas d'anxiété intense ou de troubles du sommeil, en privilégiant les psychotropes à demi vie courte. Des alternatives non médicamenteuses sont à essayer avant la prescription d'anxiolytiques [62].

Selon la gravité, l'évolution de la prise en charge, la forme clinique, d'autres modalités existent comme : l'association de deux antidépresseurs, l'adjonction d'un antipsychotique ou de lithium (connu pour son effet potentialisateur). Dans les cas sévères notamment lors de dépression mélancolique, la sismothérapie ou ECT (Electroconvulsivothérapie) fait partie de l'arsenal thérapeutique. Elle peut être proposée en première intention ou si échec thérapeutique médicamenteux. On peut citer également la RTMS (Stimulation Magnétique Transcranienne Répétitive)[60,63].

Des mesures hygiéno-diététiques générales peuvent faire partie de la prise en charge globale lors de cette pathologie : respecter un rythme nycthéméral stable, entretenir une activité physique adaptée à l'autonomie, encourager des activités de loisirs ou culturelles en société, éviter la consommation d'alcool.

Plusieurs critères nous permettent de décider de la meilleure méthode à adopter, selon deux domaines [60] :

- Des facteurs liés au patient : les critères cliniques, les comorbidités existantes (Cardio-vasculaire, neurocognitives, urologiques, etc..), l'existence de thérapeutiques antérieures d'antidépresseurs, de psychothérapie. En effet, un patient ayant déjà bénéficié d'une première (ou de plusieurs) ligne(s) de traitement aura un taux plus important de rechute à distance ou de non réponse au traitement qu'un patient naïf de tout traitement antidépresseur [59]. L'âge est à prendre en compte : les patients de plus de 65 ans ont tendance à moins réagir favorablement aux traitements antidépresseurs, notamment en cas de premier épisode dépressif et s'il existe des composantes d'altérations cognitives ou de perte d'intérêt [59]. Enfin, on se doit d'écouter également le désir du patient, s'il n'y a pas de signe de démence empêchant une décision éclairée.

- Des facteurs liés aux médicaments antidépresseurs : leur efficacité comparée, leur tolérance et effets indésirables, leurs interactions potentielles avec d'autres thérapeutiques, leur simplicité d'utilisation, leur disponibilité et leur coût.

C. Pharmacothérapie dans la dépression du sujet âgé

1. Phases du traitement

Quelle que soit la forme clinique ou le type d'anti-dépresseur envisagé, différentes phases de traitement sont à démarquer [28,58,60] :

- **Une phase d'attaque :** son but est d'obtenir le plus rapidement possible une rémission symptomatique complète, idéalement en deux à trois mois.

- **Une phase de consolidation** : son objectif est de réduire le risque de réapparition de symptômes dépressifs au décours de l'initiation du traitement. Sa durée est comprise entre quatre et six mois.

- **Une phase de maintenance** : elle est utile pour prévenir la survenue de nouveaux épisodes dépressifs. Sa durée est à moduler selon les différents facteurs cités plus

haut, notamment l'existence d'épisodes dépressifs antérieurs, d'intensité sévère, de risque suicidaire existant, de comorbidités ou handicaps fonctionnels présents.

A noter, que la psychothérapie et/ou d'autres modalités envisagées fonctionnent de la même manière avec ce cheminement en phase.

2. Titration

Chez les personnes âgées, on va se poser la question de comment initier le traitement antidépresseur. Après une évaluation rigoureuse selon les facteurs évoqués ci-dessus, le praticien choisira une classe et une molécule la plus adaptée au tableau clinique du patient. Le principe de « start low and go slow » préconise d'initier le traitement à faible posologie, en général à demi dose et d'augmenter les doses par échelon en réévaluant l'efficacité et la tolérance du traitement. L'essentiel étant d'arriver à une dose efficace lors de la phase d'attaque (« start low and go slow but treat to target ») [58].

3. Observance

Afin d'estimer au mieux l'efficacité ou non du traitement débuté, l'observance du patient est un enjeu important. D'autant plus chez la personne âgée dont les facteurs d'inobservance sont nombreux. La principale cause étant l'apparition d'effets secondaires. De plus, afin d'assurer une bonne adhésion thérapeutique, le soignant se doit de donner une information claire sur les symptômes de la dépression, les principes généraux du traitement et l'évolution de la maladie. Il se doit d'être vigilant lors de l'amélioration des symptômes sur une éventuelle interruption spontanée du traitement par le patient [28,58].

4. Réévaluation/surveillance/adaptation

De manière générale, une réévaluation précoce de l'efficacité thérapeutique est judicieuse entre 2 et 4 semaines après obtention de la dose cible afin d'estimer l'existence ou non d'une amélioration partielle de la symptomatologie et d'avoir un retour du patient sur l'apparition d'effets indésirables [60]. En effet, une amélioration précoce d'au moins 20-30% des symptômes serait corrélée à une réponse optimale, à 6 ou 12 semaines. A l'inverse, un manque d'effet bénéfique précoce serait prédictif

de non réponse au traitement à moyen terme [60,62]. Néanmoins, ce manque de réponse précoce ne nécessiterait pas de changement d'antidépresseur, d'autant plus que chez la personne âgée la réponse au traitement survient plus lentement que chez l'adulte jeune nous permettant de retarder ce délai de réévaluation. Une adaptation par augmentation de la posologie est envisageable si le traitement est bien toléré. En la présence d'effets indésirables, un changement de classe d'antidépresseurs est dans ce cas justifié [60,64,65].

Une nouvelle réévaluation peut être indiquée 6 à 8 semaines plus tard afin d'évaluer la présence ou non d'une amélioration significative voire d'une résolution complète de la symptomatologie. Cette étape va permettre également de dépister la présence de certains critères à risque [60] :

- Présence d'épisodes récurrents

- Non réponse à des thérapeutiques antérieures

- Intensité sévère de l'épisode actuel ou forme clinique à risque (mélancolique, délirante)

- Risque suicidaire présent initialement

- Chronicité de la dépression

- Présence de comorbidités psychiatriques ou neurocognitives (démence notamment)

- Présence de symptômes dépressifs résiduels

En l'absence de critères de risque, le traitement pourra être maintenu encore 6 à 9 mois puis stoppé si la rémission est dite complète.

En présence de ces critères, le traitement devra être maintenu pendant 2 ans ou plus afin de prévenir les récidives chez ces patients à risque.

5. Antidépresseurs et anxiolytiques disponibles

La liste des traitements antidépresseurs et anxiolytiques est importante en France. Cinq classes moléculaires sont principalement utilisées : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNa), les tricycliques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et enfin les autres antidépresseurs avec notamment les antagonistes alpha-2. Chaque classe a ses particularités pharmacologiques, ses effets secondaires connus, ses contre-indications, ses précautions de prescriptions et de suivi (fenêtre thérapeutique étroite, sevrage délicat, par exemple). Au sein de chaque classe, chaque molécule a ses spécificités propres qu'il est important de connaître pour optimiser au mieux notre stratégie thérapeutique, d'autant plus chez la personne âgée.

Concernant les anxiolytiques, les benzodiazépines sont les plus représentées. On peut citer également l'Hydroxyzine ou le Stresam.

- **ISRS** :

DCI	Nom commercial
Citalopram	Séropram ®
Escitalopram	Séroplex ®
Fluvoxamine	Floxyfral ®
Fluoxétine	Prozac ®
Sertraline	Zoloft®
Paroxétine	Déroxat ®

***Tableau 4** : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine*

De manière commune, cette classe agit sur le transporteur de la sérotonine (SERT) en l'inhibant, permettant ainsi d'augmenter la densité de sérotonine au niveau synaptique. Son action est la plus importante au niveau des aires somato-dendritiques (corps du neurone sérotoninergique) dans la région cérébrale du raphé, expliquant le délai d'efficacité aux alentours de deux semaines [59]. Les ISRS sont prescrits à la

même posologie que chez l'adulte jeune. Ils ont de nombreuses interactions médicamenteuses et peuvent induire des risques iatrogènes chez la personne âgée tels qu'une hyponatrémie, des symptômes digestifs, une hémorragie digestive haute en cas d'association à des AINS, des symptômes extra pyramidaux, des troubles du sommeil, une nervosité, une perte de poids. De plus, il existe selon des études récentes un risque cardiovasculaire majoré dose-dépendante concernant le Citalopram et l'Escitalopram [66] Il faut rester, également, vigilant vis-à-vis d'un syndrome sérotoninergique largement sous diagnostiqué chez la personne âgée comme l'adulte jeune [67,68]. Il n'y a pas de véritables contre-indications particulières chez la personne âgée. Ils seront de façon générale contre-indiqués en cas d'allergie, d'association à un IMAO du fait de risques de syndrome sérotoninergique majeur, d'antécédents acquis ou congénitaux d'allongement du QT et s'il existe un médicament allongeur du QT dans les traitements du patient.

Citalopram et Escitalopram :

Ces deux molécules ont une structure proche : le Citalopram est un énantiomère R (*rectus*=droit) et S (*sinister*=gauche). Cette structure en miroir lui permet d'acquérir une action anti-histaminique modérée additionnelle. L'Escitalopram est quant à lui un énantiomère S seul. Ils sont généralement bien tolérés chez la personne âgée. Néanmoins, le citalopram a un effet thérapeutique inconstant, ce qui oblige une augmentation de la posologie pour optimiser son effet et de surcroit augmenter également le risque potentiel d'allongement du QT [66]. L'Escitalopram est lui mieux toléré et plus efficace à faible dose du fait de l'absence de l'énantiomère R.

Du fait de ce risque d'allongement du QT, un ECG de référence est, en théorie, nécessaire avant l'initiation de ces deux molécules [66].

Fluvoxamine :

Molécule indiquée dans la dépression mais également dans les Troubles Obsessionnels Compulsifs et l'anxiété, elle a la particularité d'avoir une interaction avec les sites sigma1 qui, même si leur nature est encore mal connu, ont un effet anxiolytique et antipsychotique [61]. Elle peut, ainsi, être indiquée dans le cadre de dépression avec symptômes positifs (dépression psychotique, délirante).

Fluoxétine :

La Fluoxétine est douée d'un effet antagoniste 5-$HT_{2C,}$ lui permettant une libération de la dopamine et la noradrénaline au niveau du cortex pré frontal. Cette particularité confère une meilleure tolérance du médicament. Un effet de première dose énergisant et anti-fatigue ainsi qu'une amélioration de la concentration et de l'attention peut être ressenti rapidement à l'initiation du traitement. Néanmoins, elle est à proscrire chez des patients insomniaques, anxieux, agités devant un risque d'attaque de panique. Un problème vis-à-vis des patients âgés est que la demi-vie est longue avec un métabolite actif éliminé au bout de deux semaines. Certes il y a moins de risque lors du sevrage mais il peut devenir très long [59].

Sertraline :

La structure de la Sertraline lui permet une activité inhibitrice du transporteur de la dopamine (DAT) légère mais controversée. Ceci lui confère un effet énergisant, motivationnel et d'amélioration de la concentration notamment dans des dépressions atypiques avec hypersomnie, manque d'énergie et de réactivité de l'humeur. Elle bénéficie d'une activité sigma1 (comme la Fluvoxamine) lui octroyant un effet anxiolytique voire antipsychotique. La Sertraline fait partie des traitements de première ligne chez la personne âgée [59,63].

Paroxétine :

En comparaison avec la Sertraline et la Fluoxétine, la Paroxétine a tendance à être plus apaisante voire sédative en début de traitement. Donc elle a un intérêt pour les profils anxieux, insomniaque. Elle est dotée d'effets anticholinergiques muscariniques légers par inhibition des récepteurs M1 à prendre en considération en gériatrie, ainsi qu'une faible inhibition du NAT qui participe à ses propriétés antidépressives. Il existe également une inhibition de la monoamine oxydase, ce qui serait théoriquement à l'origine d'effets indésirables sexuels. La Paroxétine est connue également pour induire des réactions de sevrage lors d'un arrêt brutal à type d'akathisie, d'impatiences, de troubles gastro-intestinaux, de vertiges ou frissons. Son sevrage est, ainsi, très compliqué [59,63].

- **ISRSNa**

DCI	Nom commercial
Duloxétine	Cymbalta®
Milnacipran	Ixel ®
Venlafaxine	Effexor ®

Tableau 5 *: Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline*

Les ISRSNa exercent d'une double action en inhibant les transporteurs SERT et NAT dans l'ensemble du cerveau. Néanmoins, on peut considérer une troisième action qui est en lien avec l'inhibition du NAT, notamment au niveau du cortex pré frontal, région responsable de plusieurs symptômes dépressifs. En effet, les ISRSNa permettent de stimuler la libération de dopamine, par manque de recapture, du fait du blocage des NAT. Le NAT a une affinité plus importante pour la dopamine que pour la noradrénaline dans le cortex pré frontal. Ainsi, l'inhibition du NAT augmente à la fois la densité synaptique en noradrénaline et dopamine.

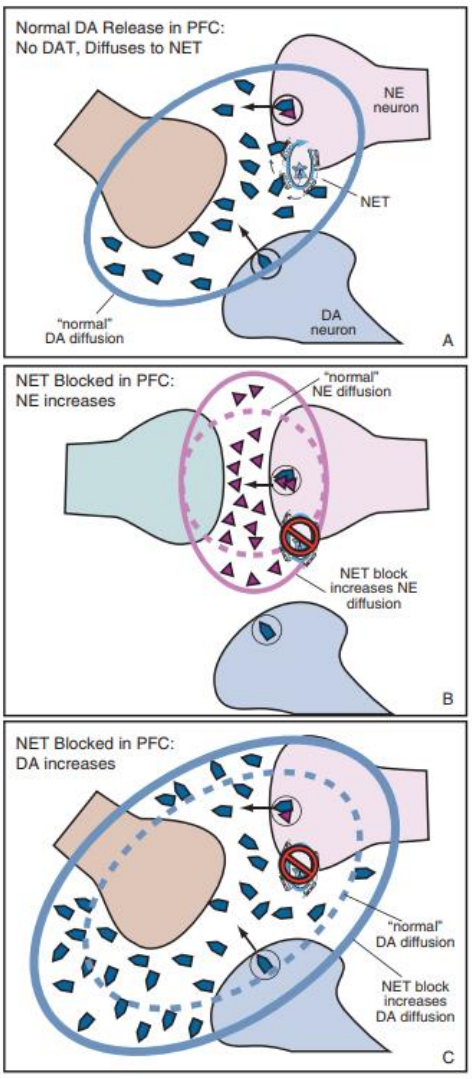

Figure 6 *: Blocage des transporteurs à noradrénaline au niveau du cortex pré-frontal et conséquence sur la dopamine.DA : dopamine, PFC : cortex préfrontal, NET (ou NAT) : Transporteur de la noradrénaline, NE : Noradrénaline*

Stahl S. Antidépresseurs. Psychopharmacologie essentielle. 4e Ed. Paris : Lavoisier ;2017.

Cette classe comporte globalement les mêmes effets indésirables que les ISRS avec néanmoins l'existence de risque de troubles cardiovasculaires et hépatotoxiques selon la molécule [69]. Les contre-indications sont les mêmes que pour les ISRS hormis les terrains cirrhotiques ou d'insuffisance hépatique qui contre indiquent la Duloxétine.

Duloxétine :

Au niveau pharmacologique, la Duloxétine a la particularité d'être plus inhibitrice envers le SERT qu'inhibitrice envers le NAT ce qui lui procure différentes indications : la dépression notamment lorsqu'il existe une part cognitive chez la personne âgée du fait de son action pro adrénergique et pro dopaminergique, lors de douleurs physiques chroniques accompagnant une dépression, les syndromes douloureux chroniques avec douleur neuropathique comme chez les diabétiques par exemple. Elle peut être administrée deux fois par jour pour une meilleure tolérance. Enfin une évaluation

initiale et une surveillance hépatique est primordiale devant un risque iatrogène d'hépatotoxicité [59,69].

Milnalcipran :

Cet ISRSNa a la particularité d'être le seul sur le marché à avoir une action inhibitrice envers le NAT plus puissante qu'envers le SERT. Cette molécule peut ainsi être utile pour la dépression avec troubles cognitifs ou douleurs chroniques associés. Elle occasionne, cependant, des effets indésirables plus fréquents concernant la sudation et la dysurie, en raison de son action pro noradrénergique sur les récepteurs α1 de la vessie. Le Milnacipran doit en général être pris en deux fois en raison de sa demi vie courte [60]. Enfin, un suivi cardio vasculaire est souhaitable devant des risques faibles d'hypertension artérielle, tachycardie, de troubles du rythme et d'allongement du QT [69].

Venlafaxine :

La Venlafaxine regroupe les propriétés communes aux ISRSNa sans spécificités particulières au niveau de sa structure. Il y a un effet dose dépendante décrite avec une action d'inhibition du NAT plus importante à fortes doses. Elle est intéressante sur des troubles anxieux possiblement associés à la dépression. Ces effets indésirables notables sont la nausée, la sudation et une majoration des risques d'hypertension artérielle. Sa forme LP régulièrement utilisée en pratique permet une meilleure tolérance notamment sur la nausée [59,69]. Comme pour le Minalcipran, un suivi cardiovasculaire est nécessaire avec un ECG de référence devant un risque modérée d'hypertension artérielle, de tachycardie, de troubles du rythme et d'allongement du QT [69] Enfin, la Venlafaxine peut causer des réactions de sevrages importante surtout en cas d'interruption brutale [59].

- **Tricycliques**

DCI	Nom commercial
Amitriptyline	Laroxyl ®, Elavil ®
Amoxapine	Asendin ®
Clomipramine	Anafranil ®
Nortriptyline	Pamelor ® Endep ® Aventyl ®
Desipramine	Norpramin ® Pertofran ®
Lofépramine	Gamanil ®
Dothièpine	Prothiaden ®
Doxépine	Adapin ® Sinecan ®
Imipramine	Tofranil ®
Maprotiline	Ludiomil ®
Trimipramine	Surmontil ®
Tianeptine	Coaxil ®, Stablon ®

***Tableau 6** : Antidépresseurs Tricycliques (ou Imipraminiques)*

Cette classe tient son nom de sa structure particulière spécifique en trois anneaux cycliques. Utilisés initialement pour traiter la schizophrénie, ces différents médicaments ont révélé une propriété antidépressive plus intéressante avec des actions inhibitrices sur le NAT et le SERT [59]. Malgré une efficacité antidépressive certaine, les tricycliques présentent de nombreux effets indésirables à prendre en compte vigoureusement chez la personne âgée. L'ensemble des molécules de ce groupe a quatre actions principales occasionnant ces troubles : un blocage des récepteurs histaminiques H1 provoquant une sédation voire un gain de poids ; une action anticholinergique via le blocage des récepteurs cholinergiques muscariniques pouvant entrainer une constipation, une xérostomie, une somnolence, des troubles de la vision, une rétention urinaire, des troubles du comportements, une confusion ; un antagonisme vis-à-vis des récepteurs α1 pouvant provoquer une hypotension orthostatique et des vertiges ; des troubles cardiaques à type de troubles du rythme, hypertension artérielle, tachycardie voire allongement du QT et troubles de la conduction si surdosage causés par une action faible sur les canaux sodiques voltage dépendant au niveau cardiaque et cérébral. Il existe également un effet pro-convulsivant [59,70-72]. Les contre-indications principales sont les pathologies urétro-prostatiques à risque de rétention urinaire, les antécédents de glaucome à angle fermé

ou à risque de l'être, un infarctus du myocarde récent et des troubles du rythme cardiaque. Devant un rapport bénéfice/risque peu favorable, ce type de molécule est plus souvent prescrit en deuxième voire troisième ligne chez la personne âgée [63].

Au titre individuel, les molécules de cette classe se différencient plus sur leurs potentiels en inhibition sur le SERT et/ou le NAT, sur la nature du cytochrome impliqué lors de leur métabolisme hépatique que pour des spécificités propres. De façon général, la Clomipramine est reconnue comme étant la molécule la plus équilibrée que ce soit au niveau du potentiel comme de l'efficacité concernant ses propriétés d'inhibition du SERT et du NAT. Elle peut être utile dans le cadre de dépression sévère en deuxième ligne de traitement. La Nortriptyline a des propriétés majoritairement inhibitrices envers le NAT. Elle peut être associée dans une combinaison d'antidépresseurs avec des ISRS comme la Sertraline. L'Amitriptyline a la particularité de pouvoir être utilisée dans d'autres indications telles que des syndromes algiques ou la migraine. La dothiépine est le tricyclique avec les effets indésirables les plus fréquents sans avantage compensatoire particulier. La Doxépine a une forte action sur les récepteurs histaminiques pouvant occasionner un effet sédatif plus important que les autres tricycliques [73].

- **IMAO** :

DCI	Nom commercial
Mocloblemide *	Moclamine ®
Iproniazide	Marsilid ®

***Tableau 7** : Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase *molécule sélective MAO-A*

Les IMAO ont été les premiers antidépresseurs cliniquement efficaces. Leurs propriétés antidépressives ont été découvertes par accident lorsqu'on s'est rendu compte que des médicaments antituberculeux (comme l'iproniazide) avaient une action positive sur les symptômes dépressifs associés à la tuberculose. Ils inhibent les MAO de sous type A et/ou B et ont des propriétés proches de celles des amphétamines sur la libération de la dopamine. Certains représentants ont un effet inhibiteur irréductible sur les MAO nécessitant un temps de restauration de l'enzyme de deux à trois semaines. Selon le médicament, certains auront une action plus importante d'inhibition du sous type A ou du sous type B. Pour mieux comprendre, les MAO-A métabolisent préférentiellement la dopamine et la noradrénaline alors que les MAO-B

la sérotonine. Ainsi, les neurones noradrénergiques et dopaminergiques contiennent des MAO-A et B avec une majorité de MAO-A, les neurones sérotoninergiques contiennent de façon quasi exclusive des MAO-B. Pour bénéficier d'un effet antidépressif, un médicament doit obligatoirement avoir une action inhibitrice MAO-A du fait de l'action de cet enzyme sur deux des trois neurotransmetteurs principaux. La propriété d'inhibition de MAO-B seul n'est pas suffisante pour avoir cet effet antidépressif [59].

Des précautions sont à prendre avec ce type de médicament. En premier lieu, au niveau alimentaire, une vigilance toute particulière doit être réalisée vis-à-vis des aliments riches en tyramine. En effet, dans un cas d'inhibition de MAO-A, la libération de noradrénaline serait majorée et la tyramine, précurseur de la noradrénaline, occasionnerait une production de noradrénaline supplémentaire sans possibilité de régulation de cette monoamine. Le risque principal étant la crise hypertensive majeure. Ainsi, les patients sous IMAO doivent restreindre leur alimentation concernant les fromages vieillis, les bières pression, le vin, les choucroutes, les produits dérivées du soja ou tofu entre autres. Certaines galéniques comme la voie transdermique (ex : Sélégiline) évite un passage intestinal du principe actif et donc la nécessité d'une restriction alimentaire à dose thérapeutique faible à modérée [59]. La deuxième précaution majeure concerne le risque d'interactions médicamenteuses : les IMAO sont contre-indiqués de façon absolue en association avec les ISRS et les ISRSNa devant un effet de libération sérotoninergique pouvant engendrer un risque vital de syndrome sérotoninergique [59,67,74]. D'autres médicaments sont à déconseiller ou à surveiller rigoureusement en association avec les IMAO : des produits ayant un effet sympathomimétique et une faible inhibition sérotoninergique tels que les décongestionnants à base de pseudo-épinéphrine, les antitussifs type dextrométorphane (Tussidane ®), des anesthésiques locaux et généraux, certains tricycliques comme la Clomipramine ou encore le Tramadol [59].

Enfin, il est à noter qu'hormis leur indication dans l'état dépressif, ils peuvent également être utilisés lors de certains troubles anxieux comme la phobie sociale ou le trouble panique.

- **Autres antidépresseurs : les antagonistes α2 (alpha2)**

DCI	Nom commercial
Mirtazapine	Norset ®
Miansérine	/

***Tableau 8** : « Autres » antidépresseurs*

Les antagonistes α2 ont comme propriété de stimuler la libération de noradrénaline par blocage des auto-récepteurs α2 (régulateur pré-synaptique) notamment dans la région du raphé et du cortex. Etant donné l'existence d'hétéro-récepteurs α2 au niveau des terminaisons axonales des neurones sérotoninergiques, cette classe stimule également la libération de sérotonine par « désinhibition ». Il existe également un deuxième mécanisme induit par ce type de médicament : la noradrénaline étant libérée, elle peut interagir plus efficacement sur les récepteurs post synaptiques des corps cellulaires des neurones sérotoninergiques situé au niveau du raphé et ainsi « accélérer » la libération de sérotonine [59]. Ainsi, il est intéressant de remarquer que cette classe n'a pas d'effet de blocage sur les transporteurs de monoamine. De ce fait, dans certains cas sévères, l'adjonction à des ISRSNa peut se discuter [60]. D'autres propriétés antagonistes existent pour les molécules de cette famille, sur les récepteurs 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, 5 HT_3 et les récepteurs histaminiques H1. L'action sur les 5-HT_{2C} contribuerait aux effets antidépressifs des principaux représentants de cette classe que sont la Mirtazapine et la Miansérine. L'action sur 5-HT_3 et H1 aurait tendance à réduire les problèmes d'insomnie et l'anxiété diurne mais pourrait causer une somnolence diurne. L'intrication des effets 5-HT_{2c} et H1 aurait tendance à occasionner une prise de poids. Il n'existe pas de contre-indication absolue pour cette classe.

Mirtazapine :

Hormis les propriétés communes, la Mirtazapine ne se démarque pas de la Miansérine pour d'autres raisons structurelles. Elle peut être intéressante en adjonction d'un premier antidépresseur non efficace seul [60,63,75].

Miansérine :

Sa seule particularité est qu'elle présente un antagonisme α1 qui tend à atténuer sa capacité de stimulation de la neurotransmission sérotoninergique [59].

- **Anxiolytiques disponibles.**

L'association antidépresseur/Anxiolytique ne doit pas être systématique, notamment chez la personne âgée. La HAS précise qu'elle peut être justifiée pendant une période brève d'environ 15 jours en début de traitement lorsqu'il existe une insomnie et/ou une anxiété invalidante. L'anxiolytique doit être utilisé à dose minimale efficace et doit être interrompu dès que le tableau thymique, l'anxiété et les insomnies se sont améliorés [76].

Plusieurs classes sont utilisées : principalement les Benzodiazépines, les Histaminiques avec l'hydroxyzine ou encore les Azaspirones représentés par la Buspirone ou la classe des Benzoxazines représentée par l'étifoxine Stresam ®.

Benzodiazépines :

Les principales benzodiazépines sont représentées dans le tableau ci-dessous :

DCI	Nom commercial	Demi-vie(heure)
Alprazolam	Xanax ®	10 à 20
Bromazépam	Lexomil ®	20
Clobazam	Urbanyl ®	20
Clorazépate	Tranxène ®	30 à 150
Clotiazépam	Vératran ®	4
Diazépam	Valium ®	32 à 47
Lorazépam	Témesta ®	10 à 20
Oxazépam	Sérésta ®	8
Prazépam	Lysanxia ®	30 à 150
Zolpidem	Stilnox ®	2h30
Zopiclone	Imovane ®	5

***Tableau 9** : Benzodiazépines disponibles en France, avec leur demi-vie.*

Du point de vue pharmacodynamique, les benzodiazépines ont une action sur les neurones GABAergiques : ils se fixent aux récepteurs GABA et stimulent ces neurones. Trois effets en découlent : une action anti-convulsivante, myorelaxante et

une modulation de la neurotransmission noradrénergique et sérotoninergique impliquée dans les systèmes d'hyper éveil, source d'anxiété. La traversée de la barrière hémato-encéphalique est rapide et dépend de deux paramètres : la demi-vie du produit et sa lipophilie.

L'action des benzodiazépines est proportionnelle à la dose administrée, allant de la simple anxiolyse à la sédation voire à l'induction et au maintien du sommeil.

Les benzodiazépines présentent de nombreux effets indésirables de type neuropsychiatrique, notamment en gériatrie, comme des amnésies antérogrades, somnolences et donc risque de chute, dépression respiratoire et troubles du comportement paradoxaux. Une vigilance est primordiale devant des patients avec des problèmes respiratoires, d'antécédents de chute, de fragilité rénale ou hépatique pouvant entrainer des risques de surdosage et ainsi de majoration des effets indésirables sus-cités [77].

Le problème de la dépendance est un enjeu majeur dans cette population. En effet, la prévalence augmente avec l'âge et apparait maximale chez les femmes de plus de 80 ans (38,3% des consommatrices de benzodiazépines tous âges confondus) [78].

Enfin, certaines études mettent en évidence un effet délétère de l'association antidépresseur/benzodiazépine vis-à-vis de l'efficacité thérapeutique. En effet, les benzodiazépines ont tendance à diminuer le taux de sérotonine au niveau cérébral ce qui antagonise l'effet antidépressif recherché par les antidépresseurs à tropisme sérotoninergique comme les ISRS [79].

Anxiolytiques non benzodiazépines :

L'Hydroxyzine est un antihistaminique antagoniste des récepteurs H1. Ainsi il peut être intéressant en association avec des antidépresseurs à tropisme sérotoninergique [80]. Il n'occasionne pas de problème de dépendance. Néanmoins, chez la personne âgée, ses propriétés anticholinergiques peuvent occasionner de nombreux effets indésirables, voire contre indiquer sa prescription. Par extension son association avec un tricyclique n'est pas souhaitable. Il nécessite également un ECG de référence devant le risque d'allongement du QT [80].

La Buspirone, molécule au mécanisme non entièrement élucidé, est un anxiolytique agoniste partiel des récepteurs 5-HT_{1A} post synaptique et agoniste des récepteurs 5-

HT_{1A} pré synaptique. Cette molécule jouerait également un rôle dans la modulation noradrénergique et dopaminergique. Elle ne présente pas de phénomène de dépendance. Elle est à risque de surdosage chez des patients insuffisants rénaux ou hépatique, contre-indiquée en association avec les IMAO [81]. De plus, son efficacité n'est obtenue qu'après 6 semaines de traitement et a tendance à retarder le seuil d'efficacité de l'antidépresseur associé. Son efficacité en association avec des antidépresseurs parait ainsi incertain [82,83].

L'Etifoxine STRESAM appartient à la classe des benzoxazines. Il interagit comme les benzodiazépines avec le récepteur GABA-A mais via deux manières différentes : une action directe par une affinité particulière avec les sous unités β2 et β3, ainsi qu'une action indirecte par l'augmentation intracérébrale de neurostéroides ayant un effet modulateur positif sur les récepteurs GABA-A. Il renforce ainsi la transmission GABAergique. Indiqué pour « des manifestations psychosomatiques de l'anxiété », il n'existe que peu d'évaluation sur ce produit. Il est à risque d'interactions médicamenteuses avec une diminution d'efficacité de certains produits comme les AVK ou la Levothyroxine. De plus, il est contre indiqué chez l'insuffisant rénal et hépatique. Enfin, il expose au risque de somnolence, d'hépatite médicamenteuse, de syndromes d'hypersensibilités graves (Dress, Stevens-johnson, Lyell) [84,85]

D. Psychothérapie

La psychothérapie seule ou en complément du traitement médicamenteux est une démarche primordiale pour aboutir à des résultats significatifs dans la dépression du sujet âgé [59,86,87]. Elle doit être présente de la phase d'attaque jusqu'à la phase de maintenance. Plusieurs types de thérapies existent :

- **Psychothérapies de soutien** : Il s'agit d'offrir au patient un espace de parole et de prodiguer encouragement et réassurance. L'objectif étant d'améliorer sa vie relationnelle et de restaurer l'estime de soi via une écoute bienveillante et valorisante. Ce type de thérapie a un rôle d'aide, de support moral face aux symptômes dépressifs ou souffrances globales du patient. Il n'y a pas de recherche de modification de la personnalité. L'approche peut varier selon le type de mouvement psychologique utilisé.

- **Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** intégrant la **résolution de problèmes** : les TCC sont des prises en charge de la souffrance psychique reposant sur une méthodologie directement issue de la méthode expérimentale appliquée au cas particulier d'une personne. Elles proposent une modélisation du fonctionnement humain basée sur les théories de l'apprentissage. Ainsi, le postulat de base des TCC considère un comportement inadapté comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenus par les contingences de l'environnement. La thérapie visera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre et favorise ce nouvel apprentissage en construisant une stratégie thérapeutique adaptée. Les TCC se distinguent par trois caractéristiques : l'accent mis sur les causes actuelles du « comportement problème » ; le changement durable du comportement est évalué et considéré comme un critère majeur de réussite de la thérapie ; les procédures de traitement sont décrites objectivement et sont donc reproductibles par d'autres thérapeutes pour des patients ayant des difficultés similaires [88].

La thérapie par résolution de problème est l'une des TCC envisageables lors de la dépression et fait partie des outils recommandés en association avec les traitements médicamenteux [87] : initialement développée par Arthur M. Nezu et Christine Maguth Nezu, cette thérapie est basée sur l'hypothèse qu'une part importante de ce qui est considéré comme des psychopathologies résulte de l'inefficacité ou de l'inadaptation des comportements adoptés pour faire face au stress et aux difficultés. La manière dont une personne fait face à de telles situations détermine, en partie, la mesure dans laquelle elle risque de connaître des psychopathologies de longue durée et des problèmes comportementaux. Les résultats de cette résolution de problème sont déterminés par deux processus : l'orientation par rapport aux problèmes et le style de résolution de problèmes. L'objectif étant d'améliorer ce qu'on appelle l'orientation positive, favoriser l'application de stratégies spécifiques (identifier pourquoi une situation est un problème, générer des solutions alternatives, analyser les coûts-bénéfices des alternatives afin de décider lesquelles inclure dans le plan de solution global), mettre en œuvre la solution, faire le suivi des effets et évaluer les résultats),

réduire l'orientation négative, minimiser la tendance à se livrer à des activités d'un style de résolution dysfonctionnel [89].

- **Thérapies interpersonnelles** : L'hypothèse clinique formulée dans le cadre de la thérapie interpersonnelle (TIP) consiste à envisager l'existence d'une relation bidirectionnelle entre la dépression et les événements de vie de l'individu, événements touchant à quatre domaines problématiques impliqués dans l'apparition et le maintien du trouble dépressif (le deuil pathologique, les conflits interpersonnels, les transitions de rôle et le déficit interpersonnel). Le travail dans ce cadre vise l'analyse et la correction des modes relationnels pour favoriser l'amélioration des symptômes dépressifs, ce qui en retour impacte positivement les liens interpersonnels. Le thérapeute adopte une attitude active et dirigée vers un objectif, mais ne se concentre pas sur les aspects intrapsychiques ou cognitifs du syndrome dépressif [90].

- **Thérapies à inspiration analytique :** se basant notamment sur les travaux de Freud au début du siècle dernier, prolongé par Klein ou encore Lacan [91], elles ont pour but la compréhension de l'origine du symptôme et de rendre l'énergie qui a été immobilisée par les conflits inconscients. En d'autres mots, elles visent à travailler les conflits intrapsychiques refoulés et inconscients en les ramenant à un niveau conscient. Le travail est réalisé via une libre association et une interprétation d'après un matériel verbal proposé par le patient. Elles visent l'explication des conduites et ont pour but la disparition de ces conflits à travers un transfert entre le psychanalyste et le patient.

V. Méthode

A. Choix de la méthode

J'ai choisi d'effectuer mon travail de thèse sous forme d'**étude descriptive observationnelle quantitative de type cohorte rétrospective.**

J'ai adopté cette approche pour plusieurs raisons :

- L'objectif de mon étude est par définition un travail d'observation de pratique médicale d'un corps de métier au sein d'un service. Je recherche au travers d'un échantillon qui a des caractéristiques et des facteurs de risques propres, une mise en relief d'un fonctionnement, non connu par des études antérieures. Je ne cherche pas à prouver une efficacité, un effet positif ou comparable d'une pratique ou d'un médicament comme dans le cadre d'une étude expérimentale. Mon seul but est de clarifier une pratique pour, par exemple, l'optimiser par la suite.

- L'approche quantitative a été choisie devant, tout d'abord, l'absence de données quantitatives existantes dans la littérature scientifique sur le fonctionnement des IDE de liaison en psychiatrie au sein des services, mon sentiment que des résultats statistiquement chiffrés pourrait mettre en relief plus efficacement ce fonctionnement sur les différents aspects étudiés. Enfin, ce type d'approche facilitait le recrutement de l'étude.

- J'ai voulu travailler sur une cohorte rétrospective devant la nécessité d'avoir des prises en charge conclues afin d'évaluer, sans données manquantes, les pratiques diagnostiques, thérapeutiques ou de coordination. Cela m'a permis d'avoir un panel de patients directement à disposition sans attendre la sortie du patient de l'établissement.

B. L'échantillon

Sur une période définie de Septembre 2016 à Juin 2017, un échantillon de patients a été recruté selon les critères d'inclusions suivants :

- Population gériatrique > 65 ans.

- Patient hospitalisé au sein du pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers sur la période de Septembre 2016 à Juin 2017.

- Patient avec une pathologie établie de syndrome anxiodépressif.

- Patient dépressif sous traitement et/ou bénéficiant d'un suivi psychiatrique et/ou ayant nécessité une hospitalisation spécialisée en géronto-psychiatrie antérieure.

- Avis demandé auprès de l'IDE de liaison en psychiatrie lors de l'hospitalisation.

Certains critères d'exclusions ont été établis :

- Décès lors du séjour hospitalier même si l'IDE de liaison en psychiatrie a été sollicitée.

- Absence de traçabilité de l'avis de l'IDE de liaison en psychiatrie.

C. Recrutement de l'échantillon

Pour mener à bien le recrutement, j'ai constitué, avec l'aides des différentes IDE de liaison du pôle, une liste des actes des IDE de liaison en psychiatrie sur le pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers, sur la période donnée. La fenêtre de recueil correspondait au début de l'informatisation sur le logiciel Hôpital Manager® des actes des infirmières à partir de septembre 2016 dans toutes les unités du pôle. La date d'arrêt du screening correspondait au début de mon recueil, afin de respecter une cohorte rétrospective.

Les unités concernées par le recueil étaient les secteurs A, B et D du Pavillon Rodin, le secteur C du pavillon Claudel et le SSR de post-neurologie du Pavillon Maillol.

D. Données intégrées

Mon recueil de données avait pour but de répondre à plusieurs questions ou objectifs :

- Connaitre les caractéristiques démographiques, sociales et médicales de l'échantillon étudié.

- A l'entrée dans l'établissement, quel traitement était mis en place face à cette problématique de dépression ?

- L'hospitalisation était-elle due à un problème somatique ou psycho comportemental ?

- Dans quelles circonstances ou motifs les IDE de liaison en psy avaient-elles été sollicitées ?

- La psychiatre de secteur était-elle intervenue pour aider à la prise en charge ?

- Existait-il des changements au niveau thérapeutique ou suivi après l'intervention de l'infirmière +/- de la psychiatre ?

- Si changement, quels facteurs avaient influencé ce changement ?

- En sortie d'hospitalisation, un suivi avait-il été mis en place ? Lequel ?

Pour répondre à ces interrogations, une grille de recueil a été réalisée (Annexe 1).

Les données ont été recueillies par ordinateur via les logiciels Hôpital manager®, Télémaque® et Cyberlab®.

Le moteur de recherche de Télémaque m'a permis de retrouver les patients à recruter via ma liste pré établie.

Les caractéristiques de la population étudiées ont été saisies via l'observation médicale, le Compte Rendu Hospitalier (CRH) sur Télémaque®, la synthèse de la prise en charge sur Hôpital manager® notamment concernant l'âge, le sexe, les antécédents psychiatriques et généraux, le mode de vie, le MMSE.

L'observance du patient a été retrouvée soit dans la synthèse des prises en charge d'Hôpital Manager® par transmissions ciblées, soit dans le CRH.

Les valeurs biologiques telles que la fonction rénale (débit de filtration glomérulaire exprimé par Cockcroft et Gault), les notions d'hyponatrémie (<135 mmol/l), d'hypoalbuminémie (< 35 g/l) ont été précisées via le CRH ou l'observation médicale ou le logiciel de résultats biologiques Cyberlab®. A noter, qu'un seul des critères de recherche de dénutrition a été recherché à savoir l'hypoalbuminémie.

Les potentielles allergies ont été recueillies à l'aide du CRH ou de l'observation médicale.

Concernant **les prescriptions initiales d'antidépresseurs ou anxiolytiques**, j'ai saisi les traitements à l'entrée présents sur le CRH ou l'observation médicale de Télémaque en décomposant en classe thérapeutique et DCI. **Les changements thérapeutiques** apportés durant l'hospitalisation ont suivi la même logique de saisie.

Les motifs d'interventions des IDE de liaison en psychiatrie ont été recueillis via les synthèses d'Hôpital Manager® par l'intitulé « consultation psy » ou via l'observation médicale ou décrit sur le CRH. Ces données ont été répertoriées par troubles psycho-comportementaux évoqués. La présence d'un avis de psychiatre a pu être retrouvée sur l'observation médicale et le CRH.

Le délai d'intervention des infirmières a été recueilli via les synthèses d'Hôpital Manager® en comparant la date d'entrée du patient avec la saisie de consultation de l'infirmière.

Les facteurs influençant la prise en charge ont pu être consultés sur la synthèse d'Hôpital Manager®, dans l'observation médicale de Télémaque® ou dans le CRH.

Enfin, **les démarches de suivi du patient** ont été retrouvées soit dans le CRH ou dans la saisie de consultation de l'infirmière du Hopital Manager®.

E. Critères de jugement

Le critère de jugement principal de cette étude fut la présence ou non d'un changement thérapeutique médicamenteux spécifique.

Les critères de jugement secondaires étaient la présence de motifs explicitant le changement thérapeutique, le type d'adaptation envisagé concernant les psychotropes et l'existence d'un suivi en sortie d'hospitalisation.

VI. Résultats

Au total, 121 patients hospitalisés sur le pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers de Septembre 2016 à Juin 2017 ont été inclus (Tableau 10).

A. Caractéristiques de la population :

	N (%)
Homme :	32 (26,45%)
Femme :	89 (73,55%)
Score d'autonomie GIR	
GIR 6	3
GIR 5	23 (19%)
GIR 4	45 (37,19%)
GIR 3	24 (19,80%)
GIR 2	23 (19%)
GIR 1	3
Lieu de vie	
- Domicile	78 (64%)
- Structure non médicalisée	8 (6,60%)
- EHPAD	35 (28,90%)
Situation familiale	
- Seul	86 (71%)
- Vie maritale	28 (23,14%)
- en famille	7 (5,78%)
Entourage familial	
- Famille proche	95 (78,50%)
- Famille éloignée	22 (18,18%)
- Voisins/amis aidants	4
Antécédents	
- Syndrome anxio- dépressif	121 (100%)
- Psychotique	6 (4,90%)
- Bipolaire	3
- IMV/TS	9 (7,44%)
- Maladie d'Alzheimer	6 (4,90%)
- Epileptique	2
- Maladie de Parkinson	5 (4,13%)
- Troubles cognitifs post-énolisation	3
- Démence vasculaire	16 (13,22%)
- SEP/Myasthénie	1
- Hyponatrémie	12 (9,92%)
- Hypothyroïdie	15 (12,40%)
- Dénutrition potentielle (Hypoalbuminémie (< 35g/l))	40 (33,06%)
- Fonction rénale	
DFG 15-30	12 (9,92%)
DFG < 15	2

Tableau 10 : *Caractéristiques de la population étudiée.*

DFG : débit de filtration glomérulaire selon formule de Cockcroft (ml/mn/1,73m^2) ; EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes GIR : Groupe Iso-Ressource ou degré de dépendance. IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire, SEP : Sclérose En Plaques, TS : Tentative de Suicide

Cette cohorte unique est représentée aux trois quarts par des femmes. La population est plutôt autonome avec une majorité de GIR ≥4 (58%), et un score GIR moyen à 3,59. Les patients vivaient principalement à domicile et majoritairement seuls (71%) avec une famille le plus souvent présente à proximité (78,50%). Un quart de la population avait un syndrome démentiel (essentiellement vasculaire) avec un score MMS moyen à 19. La clairance de la créatinine moyenne (Cockcroft) était de 52ml/mn.

La grande majorité des patients (80%) avaient un traitement antidépresseur à leur entrée en hospitalisation dans le pôle (Tableau 11). Les 19,83% restants, non médiqués, étaient soit suivis en ville ou au CHU pour leur syndrome anxiodépressif, soit avaient eu une hospitalisation pour ce problème.

	N (%)
Antidépresseurs	
- Oui	97 (80,17%)
- Non	24 (19,83%)
Classes	
- ISRS	23 (23,71%)
- ISRSN	12 (12,37%)
- Tricycliques	0
- IMAO	0
- Autres antidépresseurs	62 (63,92%)
Traitements	
- Mianserine	13 (13,40%)
- Mirtazapine	49 (50,51%)
- Escitalopram	5 (5,15%)
- Citalopram	1
- Fluoxétine	1
- Paroxétine	11 (11,34%)
- Venlafaxine	7 (7,22%)
- Sertraline	5 (5,15%)
- Duloxétine	5 (5,15%)

Tableau 11 : *Antidépresseurs prescrits avant l'admission*
ISRS : Inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine, ISRSNa : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, IMAO : Inhibiteur de la mono amine oxydase. Autres antidépresseurs : antagonistes alpha2

La classe pharmaceutique la plus représentée était « les autres antidépresseurs » (représentée par les antagonistes alpha 2) chez deux tiers des patients avec en majorité la Mirtazapine (50,51%) et la Miansérine (13,40%), suivi par les ISRS avec notamment la Paroxétine (11,34%).

66% des patients étudiés consommés des anxiolytiques. L'oxazépam était le plus fréquemment prescrit. On retrouvait une consommation d'hypnotiques chez 10% d'entre eux (Tableau 12).

	N (%)
Benzodiazépines	
- Oui :	79 (65,29%)
- Non :	42 (34,71%)
Molécules	
- Oxazépam	54 (68,35%)
- Bromazépam	7 (8,86%)
- Diazépam	1
- Hydroxyzine	1
- Lorazépam	8 (10,13%)
- Alprazolam	6 (7,59%)
- Clorazépate dipotassique	1
- Prazépam	1
Hypnotiques prescrits	
- Zopiclone	6 (4,96%)
- Zolpidem	7 (5,78%)

Tableau 12 : *Benzodiazépines et hypnotiques prescrits avant l'admission*

L'association antidépresseurs et benzodiazépines en prescription initiale était retrouvée chez 71 personnes et concernait 73,20% des consommateurs d'antidépresseurs.

B. Demande d'avis auprès des IDE de liaison en psychiatrie.

Les avis demandés auprès des infirmières de liaison en psychiatrie concernaient pour 81,81% des cas, des patients qui étaient hospitalisés pour un motif non en lien avec un trouble psychiatrique (Tableau 13). Le délai d'avis psychiatrique après admission dans le service était d'environ 5 jours.

Les principaux symptômes amenant à cet avis étaient les troubles thymiques (60,33% des demandes) et des symptômes à type d'angoisses ou d'agitations.

A noter, que 63 patients (52%) présentaient plusieurs motifs motivant l'avis spécialisé, le plus souvent étant l'association angoisses et troubles thymiques (36%).

Parmi les patients présentant des troubles thymiques, 15 (20,55%) exprimaient des idées suicidaires contre 6 (9,68%) des patients anxieux. Quatre patients (17,39%) développant une symptomatologie anxieuse et dépressive, exprimaient des idées suicidaires.

	N (%)
Motif d'hospitalisation	
- Cause somatique	99 (81,81%)
- Cause psycho comportementale	22 (18,19%)
Motif d'évaluation (symptômes)	
- Agitation/angoisse	62 (51,24%)
- Thymique	73 (60,33%)
- Psychotique	15 (12,40%)
- Maniaque	2 (1,65%)
- Idées suicidaires/TS/IMV	17 (14,05%)
- Trouble du sommeil	15 (12,40%)
- Avis interaction thérapeutique	12 (9,92%)
Intervention du psychiatre après évaluation	
- Oui	58 (47,93%)
- Non	63 (52,07%)

Tableau 13 *: Caractéristiques des demandes d'avis auprès des IDE de liaison en psy. IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire, TS : Tentative de suicide.*

Concernant l'évaluation par l'IDE de liaison, dans 52,07% des cas, son expertise était suffisante pour proposer une prise en charge en particulier face aux problèmes d'anxiété (55,55%), thymique (61,90%) ou associés (16,22%). Son avis a été utile, dans une moindre mesure sur les questions de troubles du sommeil (14,28%). Dans 47,93% du temps, un avis complémentaire de Psychiatre était sollicité pour optimiser la prise en charge (Tableau 14).

	Avis IDE seule n (%)	Expertise Psychiatre demandée n (%)
Motif nécessitant un avis :		
- Thymique	39 (61,90%)	27 (46,55%)
- Agitation/angoisse	35 (55,55%)	34 (58,62%)
- Psychotique	2	13 (22,41%)
- Maniaque	0	2
- Idées suicidaires/TS/IMV	3	14 (24,14%)
- Trouble du sommeil	9 (14,28%)	6 (10,34%)
- Avis interaction thérapeutique	1	11 (18,96%)

***Tableau 14** : Gestion de la prise en charge selon le type de motif*

Le recours à la collègue psychiatre a été majoritairement effectué pour les syndromes anxieux (46,55%) ou dépressifs (58,62%) ou associés (18%). Elle est également intervenue de façon plus occasionnelle sur des symptômes psychotiques (22,41%), des patients suicidaires (24,14%) ou encore pour des questions d'interactions thérapeutiques de psychotropes avec d'autres médicaments introduits lors du séjour.

C. Impact sur la prise en charge et facteurs mis en cause

	N(%)
Changement thérapeutique	
- Oui	93 (76,86%)
- Non	28 (23,14%)
Si gestion par IDE seule	
- Changement	43 (68,25%)
- Pas de changement	20 (31,75%)
Si gestion par binôme IDE/psychiatre	
- Changement	50 (86,20%)
- Pas de changement	8 (13,80%)

***Tableau 15 :** Changement thérapeutique médicamenteux*

Sur les 121 patients, 93 (76,86%) ont eu un changement thérapeutique (Tableau 15), dans la majorité (53,76%), après évaluation par le binôme IDE/psychiatre. Huit patients (28,57%) n'ont pas eu de changement de traitement après l'expertise du psychiatre.

Dans la majorité des dossiers (91,40%) la justification du changement dans la prise en charge thérapeutique était tracée (Tableau 16). Le facteur le plus fréquemment associé au changement de prescription était l'évolution des troubles anxio-dépressifs avec la nécessité d'introduire ou d'adapter la thérapeutique dans 49,41% des cas.

	N(%)
Facteurs en cause tracés	
- Oui	85 (70,25%)
- Non	36 (29,75%)
Présences de facteurs tracés si changement :	85 (91,40%)
Absence de facteurs existants si changement	8 (8,60%)
Facteur isolé	43 (50,59%)
Facteurs multiples	42 (49,41%)
Facteurs mis en avant	
- Terrain/antécédents	28 (32.94%)
- Posologie inadaptée/insuffisante	26 (30,59%)
- Effets secondaires/intolérance	17 (20%)
- Interactions médicamenteuses	2
- Classe inadaptée	21 (24,71%)
- Evolution troubles psychiatriques nécessitant adaptation du traitement ou introduction nouveau traitement	42 (49,41%)
- Risque suicidaire	8 (9,41%)
- Galénique non adaptée	1
- Effet associé antidépresseurs/antalgiques recherché.	1

Tableau 16 : *Facteurs tracés motivant un changement thérapeutique ou non*

D. Relation entre modifications des psychotropes et gestion IDE seule/IDE et psychiatre

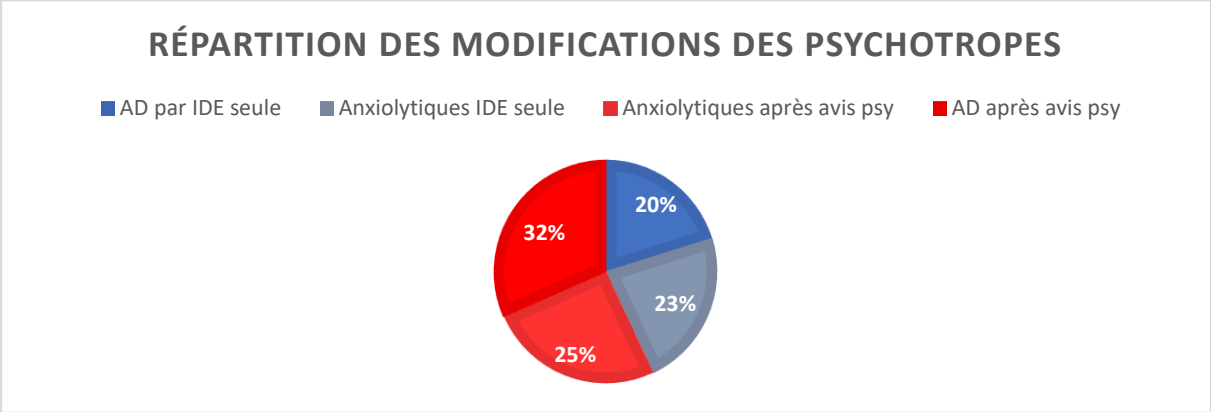

Figure 7 *AD : Antidépresseurs.*

L'infirmière de liaison a proposé directement aux Gériatres 83 modifications de traitements (43%) à parts sensiblement égales entre anxiolytiques et antidépresseurs et 110 modifications avec l'aide de l'expertise de la Psychiatre (57%).

On remarque que l'infirmière de liaison est intervenue en terme quantitatif de façon quasi équivalente sur les prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (39 et 44 modifications) alors que le recours à la Psychiatre concernait avec une légère majorité une modification d'antidépresseurs (61 contre 49).

E. Adaptation thérapeutique et facteurs évoqués concernant les antidépresseurs

	Arrêt	Modification posologies	Initiation
Antidépresseurs			
- Mianserine	2	3	8 (8,60%)
- Mirtazapine	16 (17,20%)	15 (16,13%)	23 (24,73%)
- Escitalopram	4	0	0
- Citalopram	1	0	0
- Fluoxétine	1	0	0
- Paroxétine	5	0	0
- Venlafaxine	1	1	2
- Sertraline	2	0	10 (10,75%)
- Amitryptiline	0	0	1
- Duloxétine	1	1	3
Total	33 (35,48%)	20 (21,50%)	47 (50,54%)

Tableau 17 : *Changements apportés vis-à-vis des antidépresseurs.*

Sur les 93 patients ayant eu un changement thérapeutique, 33 (35,48%) ont eu un arrêt d'antidépresseur, en premier lieu la Mirtazapine (Tableau 17). Chez 20 patients une adaptation posologique a été entreprise, concernant principalement la Mirtazapine. Enfin, un nouvel antidépresseur a été introduit chez environ la moitié des patients, soit *de novo* soit en remplacement. Sur ces 93 patients, 25 ont eu un arrêt puis l'introduction d'un nouvel antidépresseur.

Si l'on s'intéresse à ces changements en pourcentage par rapport aux prescriptions initiales d'antidépresseurs à l'entrée d'hospitalisation, on trouve un arrêt important de ceux appartenant à la classe des ISRS, notamment l'Escitalopram (4/5) et la Paroxétine (5/11). Les adaptations de posologies ont surtout concerné la Miansérine (3/13) et la Mirtazapine (15/49). Enfin, les initiations de traitements ont concerné en premier lieu la Sertraline, la Miansérine, la Duloxétine et la Mirtazapine.

	Arrêt (%)	Modification posologies (%)	Introduction (% par rapport prescription initiale)
- Mianserine	15,38%	23,08%	+61,54%
- Mirtazapine	32,65%	30,61%	+46,94%
- Escitalopram	80%	0%	0%
- Citalopram	100%	0%	0%
- Fluoxétine	100%	0%	0%
- Paroxétine	45,45%	0%	0%
- Venlafaxine	14,29%	14,29%	+28,57%
- Sertraline	40%	0%	+200%
- Duloxétine	20%	20%	+60%

Tableau 18 : Proportion de changement par rapport aux prescriptions avant admission

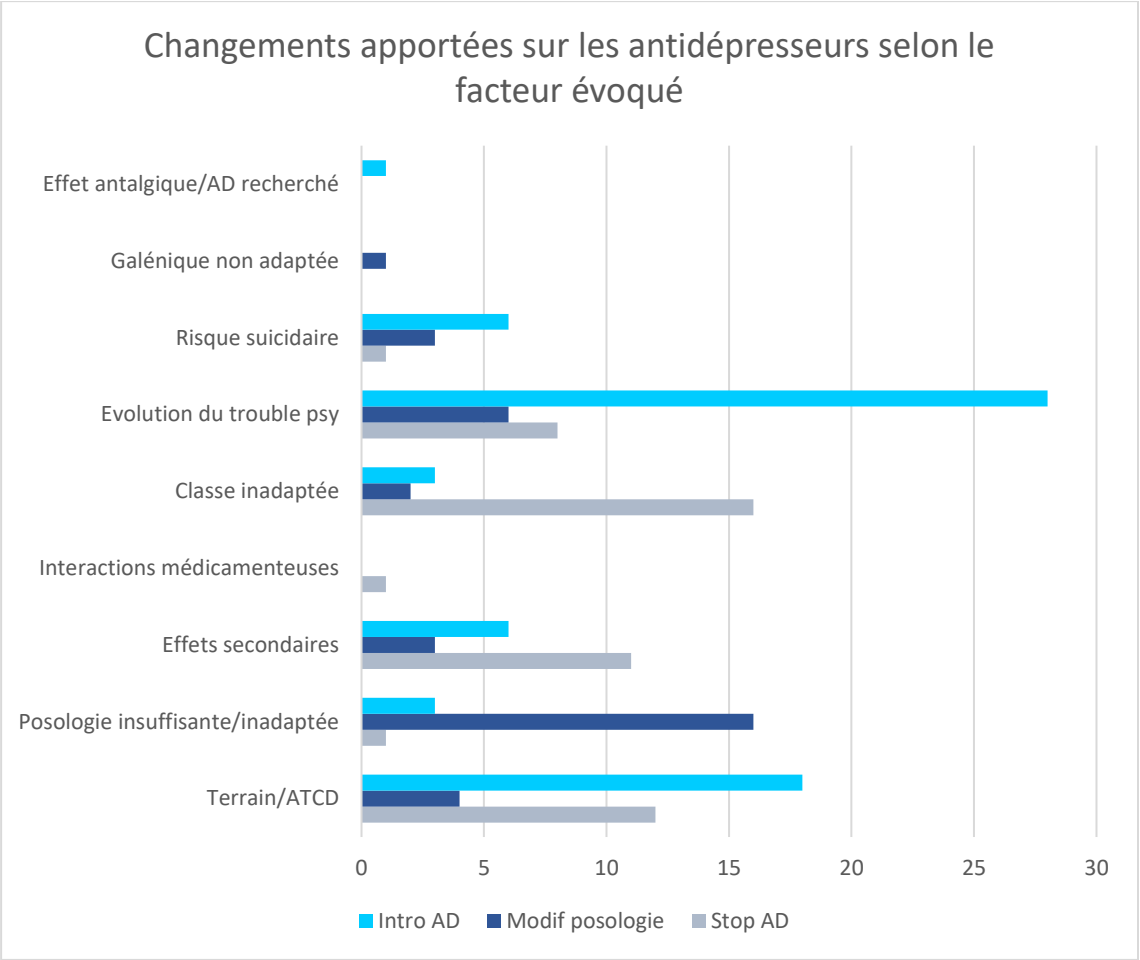

Figure 8. *AD : antidépresseurs*

Si l'on met en relation les facteurs évoqués en fonction des modifications apportées concernant les antidépresseurs, nous retrouvons certains résultats intéressants :

- 48,48% des arrêts d'antidépresseurs ont été justifiés par une classe d'antidépresseurs inadaptée pour le patient. On peut y associer le facteur terrain et/ou antécédents du patient qui occasionnent 36,36% des arrêts. Enfin, les effets secondaires vis-à-vis de ces psychotropes ont justifié 33,33% d'arrêt.

- 80% des adaptations de posologie des antidépresseurs étaient justifiées par une dose inadaptée au patient que ce soit par sur ou sous dosage. Une évolution péjorative de la maladie anxiodépressive était retrouvée dans 30% des modifications de posologies.

- L'introduction d'antidépresseurs s'expliquait dans 59,57% des cas par une évolution des troubles thymiques. Des effets secondaires d'un autre antidépresseur et

un risque suicidaire important justifiaient chacun 12,77% des introductions d'antidépresseurs.

F. Adaptation thérapeutique et facteurs évoqués concernant les anxiolytiques

	Arrêt (N(%))	Modification posologie (N(%))	Introduction (N(%))
Anxiolytiques			
- Oxazépam	5	29 (31,18%)	27 (29,03%)
- Bromazépam	5	1	0
- Diazépam	1	0	3
- Cyamémazine	0	0	1
- Hydroxyzine	1	0	0
- Lorazépam	1	3	2
- Alprazolam	4	0	0
- Clorazépate dipotassique	1	1	0
Total	18 (19,35%)	34 (36,56%)	33 (35,48%)
Hypnotiques			
- Zopiclone	4 (4,30%)	0	0
- Zolpidem	4 (4,30%)	0	0

Tableau 19 : *Changements apportés concernant les anxiolytiques*

Concernant les anxiolytiques, l'Oxazépam était la molécule la plus souvent retrouvée. Les modifications se sont principalement centrées sur les ajustements de posologie (36,56%) et les introductions (35,48%) (Tableau 19). Sur l'ensemble des changements, on remarque que plus de la moitié des arrêts (n=10) concernaient l'Oxazépam et du Bromazépam. Les adaptations posologiques concernaient majoritairement l'Oxazépam (31,18%).

En se référant aux prescriptions initiales, le Bromazépam (5/7), le Diazepam (1/1), l'Hydroxyzine (1/1) et l'Alprazolam (4/6) ont été majoritairement arrêtés. Les modifications des posologies ont concerné l'Oxazépam (29/54) et le Lorazépam (4/8). Enfin, l'Oxazépam a été l'anxiolytique le plus souvent initié avec 27 initiations dans une population où 54 patients en consommaient à l'entrée en hospitalisation.

	Arrêt	Modification posologie	Introduction
- Oxazépam	9,26%	53,70%	+50%
- Bromazépam	71,43%	14,29%	0%
- Diazépam	100%	0%	+300%
- Cyamémazine	0%	0%	+100%
- Hydroxyzine	100%	0%	0%
- Lorazépam	16,60%	50%	+25%
- Alprazolam	66,67%	0%	0%
- Clorazépate dipotassique	50%	50%	0%

Tableau 20 : *Proportion de changement d'anxiolytiques selon prescription avant admission.*

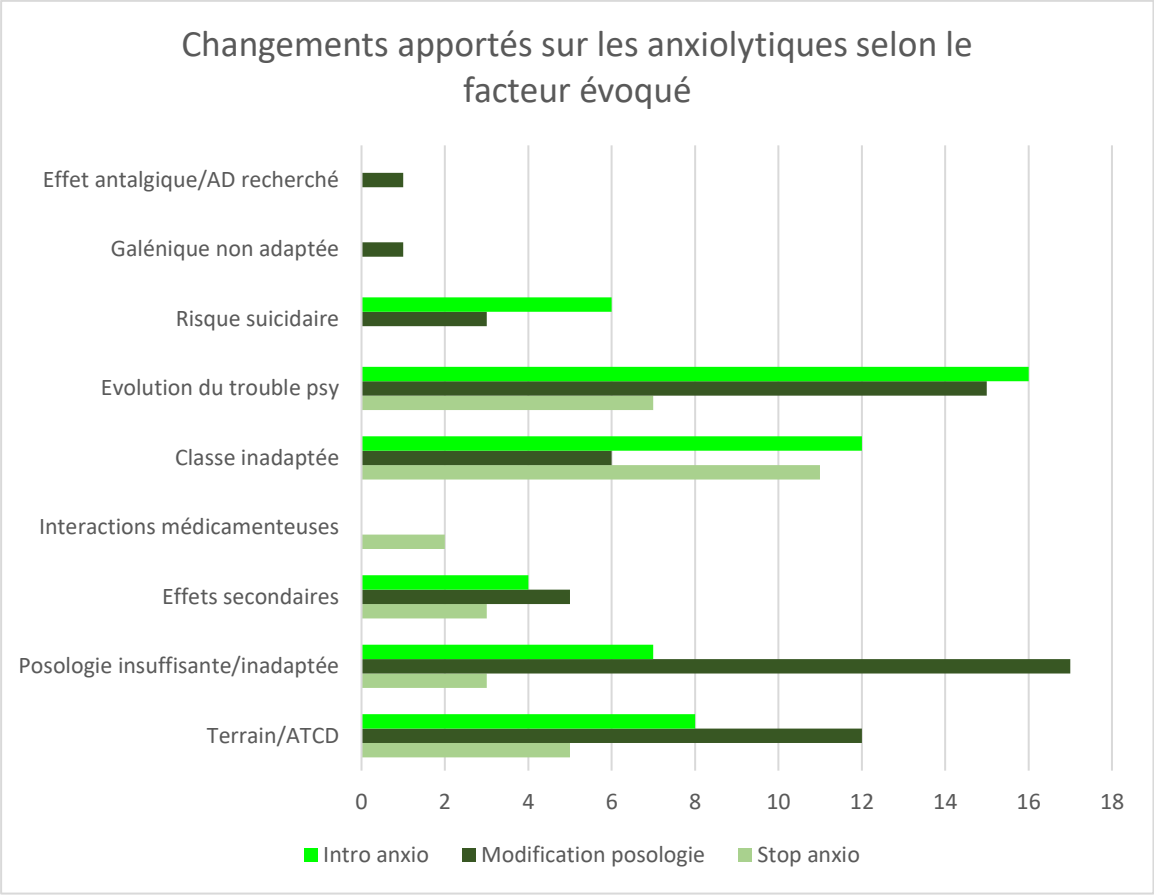

Figure 9. *AD : antidépresseur ATCD : antécédents*

Si l'on s'intéresse aux facteurs mis en avant pour justifier les modifications concernant les anxiolytiques :

- Une grande majorité des arrêts d'anxiolytiques est justifiée par une classe ou molécule inadaptée à cette population âgée (61,11% des cas). L'évolution des troubles thymiques est retrouvée dans 38,89% des arrêts de prescription. Le terrain du patient est évoqué dans 27,78% des arrêts.

- Les trois raisons expliquant les nombreux changements posologiques des anxiolytiques sont une dose inadaptée (50%), l'évolution des troubles thymiques (44,12%) et le terrain ou antécédents du patient (35,29%)

- L'introduction d'un nouvel anxiolytique se justifie dans 50% des cas par une évolution des troubles thymiques puis par une classe ou molécule inadaptée dans 37,50% des cas.

G. Suivi post hospitalisation de la population étudiée

	N(%)
Suivi prévu après hospitalisation	
- Oui	39 (32,33%)
- Non	82 (67,77%)
Si oui	
- Psychiatre libéral	0
- Psychiatre CHU	15 (38,46%)
- CMP	2
- Psychologue hors CMP	8 (20,51%)
- IDE de liaison psychiatrique à domicile	6 (15,38%)
- Hospitalisation USLD	3
- Autres praticiens du CHU (Gériatres)	2
- Hospitalisation CHHL	3

Tableau 21 *: Suivi programmé en post hospitalisation*
CHHL : centre spécialisé Henri Laborit

Parmi les 121 patients étudiées, 39 suivis ont été programmés après l'hospitalisation soit environ un tiers des patients. En premier lieu, il a été décidé un suivi par un psychiatre du CHU chez 15 patients (38,46%) puis par un psychologue hors CMP chez 8 d'entre eux (20,51%), enfin 6 patients seront suivis dans leur EHPAD à la sortie d'hospitalisation.

VII. Discussion

Cette étude a permis de porter la question de l'impact des infirmières de liaison en psychiatrie dans la prise en charge spécifique des épisodes dépressifs de la personne âgée au sein du pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers du point de vue quantitatif, dont l'approche « chiffrée » n'existait pas, à ma connaissance et à ce jour, tout CHU compris. Que peut-on retenir des résultats obtenus sur les différents critères abordés ?

A. Sollicitations de l'IDE

82% des patients ayant bénéficié d'un avis psychiatrique par une IDE de liaison venaient initialement pour la prise en charge de pathologies somatiques. On peut avancer que l'hospitalisation dans les différents services du pôle de Gériatrie du CHU a permis de mettre en évidence ou de réévaluer certaines pathologies d'ordre psychiatrique. Cela confirme le rôle important des services de soins somatiques dans le dépistage de ces pathologies psychiatriques. En effet, ces troubles peuvent être un frein pour la prise en charge optimale de la pathologie organique ayant nécessité l'hospitalisation, que ce soit vis-à-vis de la possibilité de guérison du patient (tolérance des traitements, adhésion aux décisions médicales, observance du traitement) ou concernant le maintien de l'autonomie du patient durant le séjour [92-95]. De plus, l'hospitalisation peut permettre de trouver des solutions face à des problématiques sociales en rapport avec la pathologie dépressive du patient. Ces missions font parties intégrantes de l'approche complexe et globale de la médecine gériatrique.

Les IDE de liaison en psychiatrie ont eu majoritairement des demandes d'avis concernant des troubles thymiques (60,33%) ou des problèmes d'agitation ou d'anxiété (51,24%) avec une association de ces symptômes d'anxiété et d'hypothymie dans 36% des cas. On retrouve également une majorité de femmes évaluées (73,55%). Ces chiffres concordent avec la prévalence connue de la dépression comme première pathologie psychiatrique de la personne âgée [6] avec une prédominance féminine retrouvée également dans cette étude [5]. L'association de signes thymiques et anxieux ainsi que le panel des autres motifs d'avis comme des signes psychotiques ou des troubles du sommeil n'est pas surprenant devant la variabilité clinique des syndromes dépressifs en gériatrie. Les plaintes anxieuses sont fréquemment présentes dans un EDC, plus particulièrement dans les dépressions masquées par un

panel de symptômes anxieux où il est important pour le clinicien de ne pas se contenter de ce tableau anxieux et de ne pas errer dans une prescription d'anxiolytique non justifiée [26]. En effet, il est observé en France selon l'étude ESEMeD, que plus des deux tiers des consommateurs d'anxiolytiques en l'an 2000 ne présentaient pas de troubles anxieux bien identifiés par le DSM-IV dans l'année écoulée [31]. On retrouve ces mêmes observations dans une étude de 2008 (Grolleau et al) avec environ la moitié des sujets rapportant un usage d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs sans trouble réellement identifié via le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) [96]. Restons donc vigilants et prenons le temps d'utiliser les outils diagnostiques disponibles.

B. Changement thérapeutique et recours au psychiatre

Concernant le critère de jugement principal de cette étude, sur les 121 patients évalués par les IDE de liaison en psychiatrie, 93 (76,86%) ont bénéficié d'un changement thérapeutique, soit une forte proportion de l'échantillon dont l'évaluation peut ainsi être considérée comme légitime et nécessaire. Sur ces 93 patients, 50 (53,76%) ont eu recours à une concertation du binôme IDE/psychiatre, une courte majorité contre 43 patients (46,24%) dont la prise en charge a été gérée par les IDE seules. Le facteur évoqué principal motivant le changement thérapeutique étant l'évolution des symptômes anxio-dépressifs.

Ainsi, l'intervention des IDE de liaison en psychiatrie au sein des services, contribuerait à une plus-value dans le fonctionnement du service concerné, que ce soit pour le patient comme pour les équipes sur plusieurs points :

- Tout d'abord, le recours à un acteur extérieur permettrait une approche avec plus de recul sur la situation du patient voire de faciliter l'échange avec le patient dans certains cas.

- Leur intervention amènerait un apport de compétences dans le domaine spécifique de la psychiatrie, bénéfique à la fois pour le praticien hospitalier comme pour l'équipe paramédicale. Les domaines touchés pouvant être l'approche relationnelle avec le patient, l'apport dans le diagnostic, dans les adaptations thérapeutiques envisageables ou encore dans l'éducation des soignants au sein des services.

- Le recours à l'IDE paraitrait positif dans un but d'optimisation du service en termes de disponibilité vis-à-vis du patient. Le temps consacré par l'IDE lors de ses évaluations libèrerait des plages de temps libres pour l'équipe médicale afin de s'occuper d'autres aspects de la prise en charge de ce patient ou simplement des autres patients du service.

Cette constatation parait pertinente également vis-à-vis du médecin psychiatre rattachée au pôle de Gériatrie. En effet l'évaluation initiale et la gestion par l'IDE de 46,24% des situations en Gériatrie permettrait à la collègue psychiatre de se rendre disponible pour d'autres cas cliniques plus complexes nécessitant son expertise au centre Laborit ou sur le pôle de Gériatrie, comme ici 14 patients présentant des idées suicidaires ou ayant réalisé une IMV ou TS ou encore 13 patients décrivant des symptômes psychotiques associés aux plaintes dépressives. La psychiatre a géré très majoritairement ces situations en collaboration avec l'IDE (contre respectivement 3 patients avec risque suicidaire et 2 avec symptômes psychotiques gérés par l'IDE seule).

C. Prescription à l'entrée du pôle et adaptation des psychotropes

Dans la population étudiée, une majorité (80%) était sous antidépresseur lors de l'entrée en hospitalisation avec pour les deux tiers d'entre eux une ordonnance comprenant de la Mirtazapine (soit 50,21% de l'échantillon), suivi par la Miansérine (13,40%). Chiffres plutôt rassurants car la Mirtazapine selon les recommandations canadiennes comme françaises fait partie des antidépresseurs de première ligne chez la personne âgée [63,97]. Après coup, il aurait été intéressant de connaitre le prescripteur initial (médecin généraliste ? Psychiatre ?) pour chaque patient de cet échantillon afin de mieux détailler les pratiques en amont de l'hospitalisation. En effet, une étude de l'assurance maladie de 2003 a décrit que les antidépresseurs sont prescrits initialement à 60% par le médecin généraliste. Il n'existe pas d'étude plus récente pour corroborer ou ajuster ces conclusions selon les pratiques actuelles. La classe la plus prescrite étant les ISRS à 50,3%, ce qui diffère de l'échantillon étudié [98]. Cette tendance à prescrire des ISRS en ambulatoire n'est pourtant pas significativement justifiée par les nombreuses études sur le sujet. En effet, il n'existe pas de supériorité significativement avérée d'une classe d'antidépresseur versus

placebo pour le traitement de la dépression, hormis pour le Citalopram pour les plus de 75 ans [63,99-101]. Donc on peut voir qu'il existe une certaine disparité entre nos habitudes de prescription et les résultats des travaux scientifiques.

De plus, 73,20% des patients sous antidépresseurs consommaient également des anxiolytiques en co-prescription, principalement de l'Oxazépam (68,35%). Cette association antidépresseur/anxiolytique est courante que ce soit dans les prescriptions du psychiatre libéral (75% des cas) comme pour le médecin généraliste (57% des cas) face à un profil dépressif [11, 102]. Néanmoins, certaines études réfutent le bien fondé de cette association notamment concernant le binôme ISRS et Benzodiazépine, que ce soit à l'échelle expérimentale comme clinique. La réponse au traitement serait moins bonne ou retardée. Cette propriété n'est, au contraire, pas présente quand une benzodiazépine est associée à une autre classe d'antidépresseur (imipraminique, IMAO). Il faut préciser que la Mirtazapine n'était pas évoquée dans cette méta-analyse. L'hydroxyzine peut être une alternative si nécessité de traiter des symptômes anxieux dans le cas d'une co-prescription avec un ISRS. Enfin, l'association fréquente entre symptômes dépressifs et troubles anxieux met en avant la question de quand prescrire et quand arrêter l'antidépresseur et l'anxiolytique en pratique ?

Comme dans la population générale, l'Oxazepam est la molécule la plus utilisée à but d'anxiolyse. Le médecin généraliste en est, d'ailleurs, le prescripteur principal à 82% [78]. L'Oxazépam véhicule une impression de prescription rassurante en gériatrie avec sa demi-vie courte entrainant de moindres effets indésirables. Néanmoins, chez la personne âgée, les benzodiazépines à demi-vie courte occasionneraient, certes une moindre durée de disponibilité des métabolites actifs mais exposeraient plus facilement à une diminution de sensibilité de l'organisme envers le médicament à une dose donnée et donc à des problèmes de dépendance. Les personnes âgées consommant ces molécules à demi-vie courte depuis plus de 3 mois seraient d'autant plus à risque de dépendance [103].

Concernant les adaptations thérapeutiques, si l'on regarde les arrêts d'antidépresseurs : certes la Mirtazapine a été stoppée chez 16 patients mais en termes de proportion l'Escitalopram et la Paroxétine sont les plus concernées (respectivement 4 arrêts/5 et 5/11). Les raisons mises en avant ont été une classe thérapeutique non adaptée au terrain du patient ainsi que des effets secondaires

imputables à ces molécules, comme des troubles du sommeil à type de somnolence, des cauchemars pour la Mirtazapine, des tremblements extra-pyramidaux pour les ISRS. Effets indésirables décrits de façon fréquente dans la littérature [104,105]. Les adaptations de posologies ont également concerné principalement la Mirtazapine, souvent sous dosée à 15mg par rapport aux recommandations qui préconisent une posologie de 15 à 45mg à augmenter progressivement, en évaluant à distance l'efficacité et la tolérance [61,63]. Logiquement, la cause principale fut une majoration de la symptomatologie dépressive nécessitant une augmentation de dose. Au sein de l'étude, 30% des patients sous Mirtazapine initialement ont bénéficié de cette adaptation. Ceci met le point sur l'importance de la révision d'ordonnance chez nos patients âgés. En effet, certaines prescriptions peuvent être légitimes à une certaine période de la vie du patient et sources de risque par la suite. Cette réévaluation doit évidemment intégrer les antécédents du patient, notamment les données biologiques comme les fonctions rénale, hépatique et l'équilibre ionique mais également les différents événements de santé, l'évolution de l'autonomie et l'état cognitif du patient. Tous ces éléments faisant partie intégrante de la stratégie thérapeutique. Dans l'étude, la Mirtazapine a par exemple été arrêtée chez plusieurs patients devant un débit de filtration glomérulaire insuffisant, l'Escitalopram et la Paroxétine en raison d'hyponatrémies considérées iatrogènes avec troubles du comportement.

Ainsi, chaque acteur de santé peut intervenir dans ce sens, comme ici une infirmière qualifiée ou le médecin traitant en ville lors du suivi ou du renouvellement d'ordonnance. Concernant nos patients âgés connus dépressifs et sous traitement, de nombreux outils d'évaluation sont à disposition. Dans ce sens, ces patients peuvent très bien faire l'objet de réévaluation de leur pathologie lors de consultation dédiée annuelle, avec par exemple l'utilisation de l'échelle Hamilton. Je l'ai déjà réalisé personnellement au cours de ma première année de remplacement avec des patients que je croisais régulièrement.

Si l'on s'intéresse aux antidépresseurs initiés lors du séjour : on retrouve dans l'ordre la Mirtazapine, la Sertraline et la Duloxétine. Que nous disent les recommandations ? On retrouve, en effet, dans les thérapeutiques de première ligne de la dépression chez la personne âgée la Mirtazapine, la Duloxétine ainsi que la Nortriptyline (non commercialisé en France) et dans une moindre mesure, le Citalopram/Escitalopram, la Venlafaxine, la Sertraline, le Vortioxetine voire même le Bupropion [61,63]. Ainsi,

l'arsenal thérapeutique est quand même conséquent et à ajuster selon le terrain du patient. Lors de dépression résistante ou plus sévère, d'autres alternatives existent en deuxième ligne comme le lithium ou des antipsychotiques comme l'Aripiprazole en association avec de la Quétiapine, du Moclobemide, du Phenelzine ou du Trazodone [63], Ces alternatives n'ont pas été reportées spécifiquement dans ce travail.

Devant ces différentes observations mettant un peu plus en relief les pratiques de l'IDE seul ou du binôme IDE/psychiatre en termes d'adaptation thérapeutique, il est important de distinguer la notion de décision thérapeutique à un instant T versus efficacité thérapeutique à distance. En effet, on ne peut pas ici porter de conclusion via cette étude sur l'efficacité à venir des changements entrepris sur l'état de santé du patient.

D. Suivi post-hospitalisation

Seulement 32% des patients hospitalisés avaient un suivi programmé dont environ 15% par une IDE de liaison en psychiatrie, principalement au sein d'EHPAD. Dans le Grand Poitiers, le Réseau gérontologique a, entre autres, une mission de transition entre hôpital et ville pour garantir une continuité de prise en charge. Dans le domaine de la psychiatrie, l'IDE peut être un acteur intéressant de cette phase : sa présence dans le suivi post-hospitalisation peut permettre au patient retournant à son domicile ou entrant en structure, de garder un contact rassurant avec une personne qui a participé à sa prise en charge dans le service et ainsi poursuivre un suivi transitoire de qualité tant au niveau relationnel que pour la continuité d'information d'ordre médicale. L'IDE peut jouer un rôle de « relais » de qualité pour le médecin traitant et/ou le médecin coordinateur de structure.

Néanmoins, on peut regretter le peu de patients ayant bénéficié d'un suivi. Vingt-sept patients sur les 121 de l'étude verront un psychologue, un psychiatre ou un gériatre spécialisé en neurocognition après l'hospitalisation. Pourtant une prise en charge psychologique ou psychiatrique est nécessaire quelle que soit l'intensité de la dépression. Une psychothérapie seule est même une indication recommandée initialement dans les dépressions d'intensité légère [61,63,97]. Le médecin traitant peut, certes, garantir un suivi par soutien psychologique, bénéfice démontré dans la

littérature [64, 108], mais des études récentes mettent en avant l'apport positif dans le cas de dépression légère d'un suivi par thérapie de résolution des problèmes [106,107] et donc par un spécialiste. Evidemment, la problématique actuelle du maillage géographique insuffisant concernant l'offre de soins toutes spécialités confondues, peut être un frein à un suivi optimal face à une population vieillissante et de plus en plus en demande de soins [3]. Les praticiens hospitaliers ne pouvant pas pallier cette demande croissante à eux seuls, l'importance de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé de la chaîne de soins, médicaux comme paramédicaux, est un enjeu crucial pour préserver une qualité de soins optimale voire même la disponibilité de certains soins selon la localité.

Enfin, en prenant un peu de recul, l'IDE de liaison en psychiatrie doit développer des capacités multiples et variées dans son domaine spécifique pour mener à bien ses actions au sein de l'hôpital ainsi qu'en ambulatoire, occasionnellement. Au sein de l'étude, les IDE sont intervenues seules pour des modifications d'ordonnance de façon quasi identique au niveau quantitatif que lorsque la psychiatre rattachée au pôle est intervenue. Comme on a pu le voir, la gestion des dépressions de la personne âgée est un sujet complexe, globale qui implique une bonne connaissance de la clinique, des stratégies thérapeutiques et du recul nécessaire pour gérer le patient dans sa globalité, notamment au niveau des enjeux sociaux (autonomie, gestion des aidants par exemple). Si l'on intègre ces affirmations dans le contexte actuel de fonctionnement du système de santé français, plusieurs éléments sont à remarquer : j'ai pu décrire précédemment l'évolution du métier d'infirmier dans l'histoire, que ce soit au niveau du statut d'infirmier comme de la formation ou des droits sociaux. Concernant la formation, depuis 1992, le Diplôme d'Etat d'Infirmier polyvalent est l'aboutissement de la formation dont bénéficient les étudiants en entrant dans les IFSI. Ainsi, la formation spécifique dans le domaine de la psychiatrie s'est grandement réduite en terme quantitatif (voire qualitatif) avec 400 heures dédiées ainsi que 280 heures de stage contre 33 mois auparavant. Le partage de connaissances spécifiques se faisant par le biais d'une formation brève et d'un système de parrainage dans les services via les IDE plus « expérimentées » ayant pour la plupart acquis le diplôme spécifique d'infirmier dans le secteur psychiatrique. Au sein du pôle, les IDE de liaison sont d'ailleurs toutes des infirmières ayant passé leur diplôme avant 1992. La question va se poser concernant la compétence des générations futures d'IDE qui auront

l'occasion de travailler en psychiatrie avec uniquement en main le diplôme polyvalent inhérent à leur formation mais sans ce partage de connaissances via des parrains ou marraines expérimentés. En effet, la génération d'IDE ayant bénéficié d'un enseignement plus abouti dans le domaine de la psychiatrie dans les années 80 partira à la retraite dans la prochaine décennie a priori. Les nouvelles générations auront-elles les capacités d'assumer le rôle dans ces secteurs spécifiques et par extension d'intégrer des activités de psychiatrie de liaison comme leurs ainés ? De plus, cette potentielle fragilité dans la qualité d'enseignement spécifique à la psychiatrie s'ajoute à des tensions déjà contemporaines en termes de moyens humains et/ou matériels au sein de ces services de psychiatrie, palpables voire même médiatisées au niveau national.

E. Limites de l'étude

Cette étude avance quelques données nouvelles et intéressantes dans la pratique du fonctionnement du pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers. Néanmoins, il est nécessaire d'émettre certaines nuances.

En effet, cette étude observationnelle n'apporte d'enseignement que dans le contexte de fonctionnement du CHU de Poitiers uniquement, avec les spécificités du lien entre l'équipe de liaison de Gérontopsychiatrie du CH de Laborit et le pôle de Gériatrie du CHU. Le même protocole d'étude ne trouvera probablement pas les mêmes résultats dans un autre centre. Cette étude est donc, par définition, unicentrique sans possibilité de généralisation de ces résultats. On peut envisager ces mêmes recherches à l'échelle régionale ou nationale dans le cadre de travaux de clinicat, par exemple, avec un recueil des pratiques sur plusieurs centres afin de comparer les différents fonctionnements et en ressortir des enseignements positifs.

Mon étude ne s'est intéressée qu'à la problématique de la dépression chez la personne âgée. J'ai dû ainsi exclure certains patients, qui ont pu être évalués par les IDE de liaison mais sans rapport avec un problème hypothymique. Les autres motifs d'évaluations concernant d'autres pathologies psychiatriques (virage maniaque, bouffée délirante aiguës, etc) entrant également dans la mission des IDE de liaison en psychiatrie au sein du pôle de gériatrie n'ont pas été pris en compte. Un biais de

confusion sur l'analyse des résultats peut ainsi exister et modifier leur véracité concernant la question globale d'une pratique de service.

Pour poursuivre sur la problématique de la dépression, un cadre d'inclusion et de définition du patient dépressif a été établi. Néanmoins, il aurait pu être plus précis et a occasionné de possibles biais de sélection. En effet, l'étude était rétrospective avec un recueil réalisé via les annotations des IDE lors de leurs évaluations et via le CRH notamment. De ce fait, il a été compliqué d'intégrer une définition du patient dépressif bien codifiée via par exemple les critères DSM-5 ou CIM-10.

De plus, avec le recul, il aurait été enrichissant d'ajuster les résultats via une stratification des intensités cliniques des états dépressifs (léger, modéré, sévère) afin d'ajouter un relief supplémentaire aux résultats. On peut les deviner sur certaines données avec, par exemple, 3 patients ayant été transférés en géronto-psychiatrie au CH Laborit pour un tableau dépressif sévère. Néanmoins, le recueil aurait certainement été confronté à des problèmes de disponibilité d'information.

VIII. Conclusion

L'équipe d'IDE de liaison en psychiatrie apparait par le biais de cette étude comme une valeur ajoutée de qualité au sein du pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers vis-à-vis de la prise en charge ciblée de la dépression, et ce sous plusieurs angles. En terme quantitatif, leur implication a été active sur la prise en charge de trois quarts des patients étudiés, en autonomie ou avec l'aide de la psychiatre rattachée. Leur approche polyvalente amène aux services dédiés : un temps relationnel différent avec le patient comme les soignants en tant qu'acteur extérieur, l'apport bénéfique de compétences en psychiatrie dans le respect des recommandations diagnostiques comme thérapeutiques, un rôle de relais entre service somatique du CHU ou du Centre Laborit ainsi qu'avec les acteurs de santé de ville. Leur activité au sein des services permet également un gain de temps certain pour la psychiatre rattachée au pôle voire pour les équipes des services. Dans la globalité, les évaluations des IDE ont touché majoritairement des patients âgés présentant des symptômes anxio-dépressifs. Les adaptations thérapeutiques furent respectueuses des objectifs de telles évaluations en Gériatrie, à savoir une révision d'ordonnance afin de se questionner sur la nécessité, l'efficacité et/ou la tolérance de telles ou telles thérapeutiques. Ainsi, concernant le cas des psychotropes chez ces patients âgés : des effets iatrogènes ont nécessité l'arrêt majoritaire d'ISRS, l'évolution de tableau dépressif ou un sous dosage a eu comme adaptation la majoration posologique de Mirtazapine et, enfin, l'initiation de Mirtazapine, Sertraline ou Duloxétine fut prédominante devant une évolution d'un tableau dépressif avec notamment des idées suicidaires ou bien une mauvaise tolérance d'une autre classe d'antidépresseurs. Peu de suivis furent planifiés chez les patients étudiés en ville comme à l'hôpital malgré la nécessité primordiale d'une psychothérapie quelle que soit l'intensité de la dépression selon les recommandations. Ces observations pourraient être le point de départ pour d'autres travaux à plus grande échelle ou concernant par exemple d'autres pathologies psychiatriques ou d'autres services de médecine somatique, sur le CHU de Poitiers ou dans d'autres localités.

IX. Abréviations

5-HT : 5-Hydroxy-thyramine ou Sérotonine

AINS : Anti-inflammatoire Non Stéroïdien

AVK : Antivitamine K

BNDF : Brain-derived Neurotrophic Factor

CANMAT : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

COMT : Catéchol-O-méthyl-transférase

CRH : Compte Rendu Hospitalier

DAT : Transporteur de la Dopamine

DISP : Diplôme d'Infirmier en Secteur Psychiatrique

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

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

DU : Diplôme universitaire

ECT : Electroconvulsivothérapie (=sismothérapie)

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

HHS : Axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IMAO : Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

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

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

ISRSNa : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

MAO-A et -B : Monoamine Oxydase A et B

MMSE : Mini Mental State Examination

NAT : Transporteur de Noradrénaline

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RTMS : Stimulation Magnétique Transcrânienne Répétée

SERT : Transporteur de la Sérotonine.

TS : Tentative de suicide

UAMP : Unité d'Accueil Médico-Psychologique

UCMP : Unité de Consultation Médico-psychologique

X. Bibliographie

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. Etudes et Résultats 2013;(860).

2. Haute Autorité de Santé. Note cadrage épisode dépressif premiers recours, version validée par collège. Mai 2014.

3. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Evolution de la prévalence entre 2005 et 2010. http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf. Site consulté le 11/12/2017

4. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport états des lieux du suicide en France.2014. http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france. Site consulté le 11/12/2017.

5. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates. 2017. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1. Site consulté le 11/12/2017.

6. Haute Autorité de Santé. Bilan d'étape 2008, améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/psychotropes2008_depression_131008.pdf. Site consulté le 21/12/2017.

7. Haute Autorité de Santé. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus.2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaire_art_53_depression_sujets_ages_vf_2015-02-16_15-33-53_53.pdf. Site consulté le 21/12/2017.

8. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2016.2017. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860. Site consulté le 08/01/2018.

9. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. Les personnes âgées en institution.2011;22:4-15

10. Organisation de Coopération et de Développement Economiques. Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE.2015:192-4

11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville.2012.http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf. Site consulté le 09/01/2018.

12. Eudier F. Histoire et concept de la psychiatrie de liaison. Congrès inter régional psychiatrie de liaison : Partage d'expérience autour des pratiques.2009 ; Rennes, France.

13. Chocard AS, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré JB. Psychiatrie de liaison : quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison. Ann Med Psychol. 2005;163:691-6.

14. Cottencin O, Versaevel C, Goudemand M. Pour une vision systémique de la psychiatrie de liaison. L'encéphale. 2006;32:305-14

15. Talbott JA. La psychiatrie de liaison aux U.S.A. Psychiatr Fr. 1994;(3):31-44.

16. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999) : le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. J Psychol. 2008;260:52-5.

17. Bender T. Historique de la profession des infirmières en psychiatrie. http://www.intercludvendee.fr/psychiatrie/Historique-profession-infirmiere-psychiatrie.pdf. Site consulté le 8/04/2018.

18. Jaeger M. La psychiatrie en France. Syros Alternatives. Paris : 1989.

19. Masse G, Jacquart A, Ciardi M. Histoire illustrée de la psychiatrie en 41 leçons et résumé. Dunod. Paris :1987.

20. Celhay M. La psychiatrie de liaison au C.H.U de Poitiers : étude de l'activité de l'UCMP sur l'année 2012 [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Poitiers : Faculté de médecine et pharmacie ; 2013

21. American Psychiatric Association. Depression disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5e Ed.Arlington;2013:155-88

22. Haute Autorité de santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique : Episode dépressif caractérisé de l'adulte. Prise en charge en soins de premiers recours. 2012. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf. Site consulté le 07/05/2018.

23. Calvet B, Clement JP. DSM-5 et la psychiatrie de la personne âgée. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2014 ;12:52-62

24. Haute autorité de santé. La crise suicidaire : reconnaitre et prendre en charge. Octobre 2000. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf. Site consulté le 8/05/2018.

25. Gérontopôle du pays de la loire. Evaluer l'urgence et la dangerosité suicidaire. 2013.http://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/files/document-mobiqual-medecins.pdf. Site consulté le 08/05/2018.

26. Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2004 ;2:19-27

27. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2003;160:1147 56.

28. Gallarda T, Lôo H. Dépression et personnes âgées. L'Encéphale. 2009. 35:269-80.

29. Lôo H, Gallarda T. Troubles dépressifs et personnes âgées. Paris: Collection Pathologie Science Flammarion.2000:162.

30. Fuhrer R, Rouillon F. La Version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. Psychiatr Psychobiol.1989:163-6.

31. Alonso J, Ferrer M, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. Int J Methods Psychiatr Res. 2002;11:55 67.

32. Bellamy V. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale.2004.

33. Benoit M. Les états dépressifs de la personne âgée à domicile et en institution. http://www.medecine.ups-tlse.fr/capacite/geriatrie/2015/depression%20capa%20geronto%20toulouse%202015.pdf. Site consulté le 23/05/2018.

34. Coulson CE, Williams LJ and al. Association between alcohol consumption and self-reported depression among elderly Australian men. Geriatric Mental Health Care. 2014;2:3-8.

35. Papin S. Repérer la dépression chez la personne âgée. Congrès Preuves et Pratiques Futuroscope. 2017.

36. Christopher M. Celano MD and al. Depressogenic effects of medications: a review. Dialogues clin Neurosci. 2011;13:109-25.

37. Fiske A, Wetherell JL and al. Depression in Older Adults. Annu Rev Clin Psychol. 2009;5:363-89.

38. Copeland JR, Beekman AT et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. Br J Psychiatry. 1999;174:312-21.

39. Butters MA, Whyte EM et al. The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:587-95.

40. Bazin N, Bratu L. Depression in the elderly: prodroma or risk factor for dementia? A critical review of the literature. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Viel. 2014;3:289-97.

41. Kockler M, Heun R. Gender differences of depressive symptoms in depressed and non depressed elderly persons. Int J Geriatr Psychiatry. 2002;17:65-72.

42. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Gérontologie et société. 2008;31:141-55.

43. Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression. Mol Psychiatry. 2013;18:963-74.

44. Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Dépression chez la personne âgée : repérer, évaluer, identifier les risques suicidaires en EHPAD et établissements de santé. http://www.mobiqual.org/depression/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/PDF/DEPRESSION_EHPAD.pdf. Site consulté le 03/06/2018.

45. Alonso J, Ferrer M et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. Int J Methods Psychiatr Res. 2002;11:55-67.

46. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62.

47. Haute Autorité de santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte, argumentaire scientifique. 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf. Site consulté le 18/06/2018.

48. Institut National de Recherche et Sécurité. Hospital Anxiety and Depression Scale. Documents pour le médecin du travail. 2011. www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-FRPS-13/frps13.pdf. Site consulté le 11/11/2018.

49. Seno H, Shibata M, Fujimoto A, Koga K, Kanno H, Ishino H. Evaluation of mini mental state examination and brief psychiatric rating scale on aged schizophrenic patients. Psychiatry Clin Neurosci.1998;52:567-70.

50. Haute Autorité de Santé. Mémo inventaire neuropsychiatrique, version équipe soignante (NPI-ES). 2013. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_equipe_soignante_npi-es_2013-02-26_14-58-55_901.pdf. Site consulté le 11/11/2018.

51. Puel M, Hugonot-Diener L. Presentation by the GRECO group of the French adaptation of a cognitive assessment scale used in Alzheimer type dementia. Presse Med. 1996;25:1028-32.

52. Camus V. Evaluation de la dépression chez le sujet âgé. Psychol NeuroPsychiatr Vieillissement. 2004.

53. Institut National de Recherche et Sécurité. Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. Documents pour le médecin du travail. 2011. www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-FRPS-12/frps12.pdf. Site consulté le 12/11/2018.

54. Radloff LS, Teri L. Use of the center for epidemiological studies-depression scale with older adults. Clin Gerontol 1986;5:119-36.

55. Stahl S. Trouble de l'humeur. Psychopharmacologie essentielle. 4e Ed. 2017:237-83.

56. Stahl S. Synthèse et catabolisme de la sérotonine. Antipsychotiques. Psychopharmacologie essentielle. 4e Ed. 2017 :142-64.

57. Stahl S. Dopamine. Psychoses et schizophrénie. Psychopharmacologie essentielle. 4e Ed. 2017 : 86-96.

58. Frank C. Pharmacothérapie de la dépression chez les aînés. Can Fam Physician. 2014;60:95 100.

59. Stahl S. Antidépresseurs. Psychopharmacologie essentielle. 4e Ed. 2017:284-369.

60. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS et al. Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. CANMAT. 2016 :2-16.

61. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. American Psychiatric Association. 2010.

62. Kudlow PA, McIntyre RS, Lam RW. Early switching strategies in antidepressant non-responders: current evidence and future research directions. CNS Drugs. 2014;28:601-9.

63. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z et al. Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. CANMAT. Can J Psychiatry. 2016; 61: 588-603.

64. Nakajima S, Uchida H, Suzuki T, et al. Is switching antidepressants following early nonresponse more beneficial in acute-phase treatment of depression? A randomized openlabel trial. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2011;35:1983-9.

65. Romera I, Perez V, Menchon JM, et al. Early switch strategy in patients with major depressive disorder: a double-blind, randomized study. J Clin Psychopharmacol. 2012;32:479-86.

66. Citalopram, escitalopram et allongements de l'intervalle QT. Prescrire. 2016;36:348-51.

67. Spreux-Varoquaux O. Le syndrome ou toxidrome sérotoninergique : étiologies, signes cliniques centraux et périphériques. L'Information Psychiatrique. 2013;89:819 34.

68. Isbister GK, Buckley NA, Whyte IM. Serotonin toxicity: a practical approach to diagnosis and treatment. Med J Aust. 2007 17;187:361-5

69. Montgomery SA. Tolerability of serotonin norepinephrine reuptake inhibitor antidepressants. CNS Spectr. 2008;13(7 Suppl 11): 27-33.

70. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008;46:72-83.

71. Antidépresseurs imipraminiques. Prescrire. 2018 ;416(suppl interactions médicamenteuses) :381-3.

72. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de Médecine Interne. 2009;30:592 601.

73. Gillman PK. Tricyclic antidepressant pharmacology and therapeutic drug interactions updated. Br J Pharmacol. 2007;151:737 48.

74. Abadie D, Rousseau V, Logerot S, Cottin J, Montastruc JL, Montastruc F. Serotonin Syndrome: Analysis of Cases Registered in the French Pharmacovigilance Database. J Clin Psychopharmacol. 2015;35:382 8.

75. De la Gándara J, Agüera L, Rojo JE, Ros S, De Pedro JM. Use of Antidepressant Combinations: Which, When and Why? Results of a Spanish Survey. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005;428(Suppl):32-6.

76. Haute Autorité de Santé. Mémo anxiolytique et dépression. 2008. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo__anxiolytique_depression.pdf. Site consulté le 03/10/2018.

77. Dada F, Sethi S, Grossberg GT. Generalized Anxiety Disorder in the Elderly. Psychiatr Clin North Am. 2001; 24: 155-64.

78. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2017. https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information. Site consulté le 04/10/2018.

79. Martin P. Association antidépresseur et anxiolytique aujourd'hui : bilan et prospective. L'Encéphale. 2006;32:753-66.

80. VIDAL. Caractéristiques du produit ATARAX. https://www.vidal.fr/Medicament/atarax_25_mg_cp_pellic_sec-1616.htm. Site consulté le 24/11/2018

81. Onder E, Tural U. Faster response in depressive patients treated with fluoxetine alone than in combination with buspirone. J Affect Disord. 2003;76(1 suppl 3) :223-7

82. Fischer P, Tauscher J, Küfferle B, Kasper S. Weak Antidepressant Response after Buspirone Augmentation of Serotonin Reuptake Inhibitors in Refractory Severe Depression. Int Clin Psychopharmacol. 1998;13: 83-6.

83. Appelberg BG, Syvälahti EK, Koskinen TE, and al. Patients with severe depression may benefit from buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors: results from a placebo-controlled, randomized, double-blind, placebo wash-in study. J Clin Psychiatry. 2001; 6:448-52.

84. Etifoxine : effets indésirables graves ajoutés dans le RCP après réévaluation, mais pas de retrait. Prescrire. 2015;376:103.

85. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Stresam ® Modification de l'AMM : libellé d'indication, données de pharmacovigilance et de pharmacodynamie. 2014. https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Stresam-R-etifoxine-Modification-de-l-AMM-libelle-d-indication-donnees-de-pharmacovigilance-et-de-pharmacodynamie-Lettre-aux-professionnels-de-sante. Site consulté le 25/11/2018.

86. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Geriatr Psychiatry. 2006;21:1139 49.

87. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P. Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder : Section 2, Psychological Treatments CANMAT depression Work Group. Can J Psychiatry. 2016;61:524-39.

88. Association Française de Thérapie comportementale et cognitive. Les thérapies comportementales et cognitives. 2015. http://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives. Site consulté le 12/10/2018.

89. Psychomedia. Qu'est-ce que la thérapie de résolution de problème ? http://www.psychomedia.qc.ca/psychotherapies/2012-10-09/therapie-de-resolution-de-probleme. Site consulté le 12/10/2018.

90. Freitas M, Rahioui H. La thérapie interpersonnelle dans la dépression du sujet âgé. Neurol Psychiatr Geriatr. 2016;93:159-65.

91. Bouvet de la maisonneuve O. Dépression et psychanalyse. https://www.fondationpierredeniker.org/uploads/factSheets/fbbe12c5ba32f9c781427ed69236fa7c29b42ec3.pdf. Site consulté le 12/10/2018.

92. Schuster JP, Manetti A, Aeschimann M, Limosin F. Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée. 2013. https://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/troubles_psychiatriques_du_sujet_age_donnees_epidemiologiques_et_morbi_mortalite_associee_297057/article.phtml?tab=texte. Site consulté le 16/11/2018.

93. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6232 events among 146538 participants in 54 observational studies. Europ Heart J. 2006; 27:2763-74.

94. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo J.E. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. Arch Intern Med 2000;160:3278-85.

95. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. Arch Intern Med. 2007;167:60-7.

96. Grolleau A, Cougnard A, Bégaud B et al. Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête santé mentale en population générale en France métropolitaine. L'Encéphale. 2008;4:352-9.

97. Haute autorité de santé. Prise en charge thérapeutique et suivi. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf. Site consulté le 24/12/2018.

98. Lecadet J, Vidal P, Baris B et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine, données nationales. Revue médicale de l'assurance maladie. 2003;2:76-84.

99. Roose SP, Sackeim HA, Krishnan KR et al. Antidepressant pharmacotherapy in the treatment of depression in the very old: a randomized placebo-controlled trial. Am J Psychiatry. 2004;161:2050-9.

100. Bose A, Li D, Gandhi C. Escitalopram in the acute treatment of depressed patients aged 60 years or older. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16:14-20.

101. Kasper S, de Swart H, Friis Andersen H. Escitalopram in the treatment of depressed elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13:884-91.

102. Martin P. Prise en charge de sujets déprimés par le psychiatre libéral. Symposium Dépression et Comorbidité : Évaluation des stratégies thérapeutiques. Strasbourg, 9 février 1996.

103. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. Mayo Clin Proc. 2016;91:1632-9.

104. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Mirtazapine 15mg : résumé des caractéristiques du produit. 2012. http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0206795.htm. Site consulté le 26/12/2018.

105. Kim JE, Yoon SJ, Kim J et al. Efficacy and tolerability of mirtazapine in treating major depressive disorder with anxiety symptoms: an 8-week open-label randomised paroxetine-controlled trial. Int J Clin Pract. 2011;65:323-9.

106. Huang AX, Delucchi K, Dunn LB, Nelson JC. A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2015;23:261-73.

107. Kirkham JG, Choi N, Seitz DP. Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;315:526-35.

XI. Résumé

En France comme au niveau mondial, la dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent, tous âges confondus. Cinq à quinze pour-cent des personnes âgées sont concernées. L'impact économique est réel avec une consommation de psychotropes toujours croissante en France. C'est également un enjeu car cette pathologie peut altérer l'autonomie du patient âgé, et sa prise en charge thérapeutique médicamenteuse est à risque de iatrogénie dans cette population fragile. Différents acteurs de santé sont concernés les médecins, mais également les paramédicaux comme notamment les infirmières (IDE) de liaison en psychiatrie. Nous avons ainsi souhaité évaluer l'impact des infirmières de liaison en psychiatrie sur la prise en charge de la dépression au sein du pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers.

Méthode : Etude descriptive observationnelle quantitative de type cohorte rétrospective concernant des patients connus dépressifs, hospitalisés au sein du pôle de Gériatrie de Septembre 2016 à Juin 2017 et ayant bénéficié d'une évaluation par les IDE de liaison en psychiatrie. Nous avons répertorié le nombre de patients, l'existence ou non d'adaptation thérapeutique médicamenteuse, la nature de ces adaptations et l'existence d'un suivi post-hospitalier.

Résultats : 121 patients ont été inclus. Les évaluations initiales concernaient à 60% des symptômes dépressifs, 51,24% des symptômes anxieux et 36% des troubles anxio-dépressifs. Trois quarts des patients ont eu une adaptation thérapeutique concernant les psychotropes soit après discussion avec l'IDE (46,26%), soit après concertation entre IDE et psychiatre (53,76%) avec des arrêts, des adaptations posologiques et des initiations. Les antidépresseurs de type ISRS étaient la classe d'antidépresseur la plus arrêtée en proportion, justifié en majorité par des effets indésirables iatrogènes. Des majorations posologiques ont concerné principalement la mirtazapine devant un sous dosage au regard des recommandations ou une évolution de l'état dépressif. Enfin, les initiations ont concerné principalement la mirtazapine, la sertraline et le duloxétine. Un tiers des patients avaient un suivi en sortie d'hospitalisation dont 15% par une infirmière de liaison pour des résidents d'EHPAD.

Conclusion : La présence d'une infirmière de liaison en psychiatrie dans des unités de Gériatrie est bien lisible. L'IDE apparait comme une plus-value active dans le fonctionnement des services. Elle apporte son expertise en psychiatrie dans le respect des recommandations avec un rôle polyvalent par son statut d'infirmière, tout en permettant un gain de temps pour la psychiatre rattachée. Enfin son rôle de relais entre la Gériatrie, la Psychiatrie et les acteurs de santé en ville est un réel atout.

XII.Serment

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

⌘⌖⌘⌖⌘

Annexe 1

Grille modèle pour recueil de données

Patients/ Items	**<u>Caractéristiques de la population :</u>** Age	Femme 1 homme 2	**GIR**	**Lieu de vie :** - Domicile 1 - Structure d'accompagnement non médicalisée 2 - Structure médicalisée 3	**Entourage** - isolé 1 - vie maritale 2 - avec famille 3 - famille proche 1 - famille éloignée 2 - voisins/amis aidants 3	**ATCD psychiatrique :** - Thymique/anxieux - Psychotique - Bipolaire - Tentative suicide/IMV	**Comorbidités :** - Alzheimer - Corps de levy - Epilepsie - Parkinson - Démence OH - Démence vasculaire - hyponatrémie < 130 - Dénutrition (albumine < 35) - allergie psychotrope - hypothyroïdie	**Fonction rénale :** **- Cockroft**

<u>Prescription initiale :</u> Antidépresseurs : - oui 1 - non 2	**Si oui :** - ISRS 1 - ISRSN 2 - Tricycliques 3 - IMAO 4 - Autres antidépresseurs 5	**DCI :** - Mianserine 1 - Mirtazapine 2 - Escitalopram 3 - Citalopram 4 - Fluoxétine 5 - Paroxétine 6 - Venlafaxine 7 - Sertraline 8 - Amitryptiline 9 - Duloxétine 10	**Benzodiazépines associées :** - oui 1 - non 2	**Si oui :** - Oxazépam 1 - Bromazépam 2 - Diazépam 3 - Hydroxyzine 4 - Lorazépam 5 - Alprazolam 6 - Clozapam 7 - Clorazépate dipotassique 8 - Prézam 9	**Motif d'hospitalisation :** - somatique 1 - psy 2	**MMS**	**Observance** - oui 1 - partielle 2 - non 3

<u>Intervention Ide de liaison en psychiatrie :</u> Motif d'évaluation : - agitation / angoisse - symptômes thymiques - psychotiques - maniaques - Idées suicidaires - trouble sommeil - avis interaction/thérapeutique	**Délai demande par rapport à l'entrée d'hospitalisation** (en jours)	**Intervention PH psy après éval ?** - oui 1 - non 2	**<u>Objectif principal :</u>** **=> Changement(s) thérapeutique(s) (oui/non)**	**Facteurs motivant modification :** - oui 1 - non 2	**Si oui :** - Terrain - posologie inadaptée/insuffisante - effets secondaires/intolérance - interactions médicamenteuses **-** classe inadaptée - Evolution trouble psy - risque suicidaire - Galénique non adapté**e** **-** Effet associé AD/antalgique

Objectifs secondaires : **Antidépresseurs arrétés/switché** - Mianserine 1 - Mirtazapine 2 - Escitalopram 3 - Citalopram 4 - Fluoxétine 5 - Paroxétine 6 - Venlafaxine 7 - Sertraline 8 - Amitryptiline 9 - Duloxétine 10	**Antidépresseurs initiés :** - Mianserine 1 - Mirtazapine 2 - Escitalopram 3 - Citalopram 4 - Fluoxétine 5 - Paroxétine 6 - Venlafaxine 7 - Sertraline 8 - Amitryptiline 9 - Duloxétine 10	**Benzodiazépines arrétées/ Switchées :** - Oxazépam 1 - Bromazépam 2 - Diazépam 3 - Hydroxyzine 4 - Lorazépam 5 - Alprazolam 6 - Clozapam 7 - Clorazépate dipotassique 8 - Prézam 9	**Benzodiazépines initiées :** - Oxazépam 1 - Bromazépam 2 - Diazépam 3 - Hydroxyzine 4 - Lorazépam 5 - Alprazolam 6 - Clozapam 7 - Clorazépate dipotassique 8 - Prézam 9	**Suivi programmé :** - oui 1 - non 2	**Si oui :** - Psychiatre ville 1 - Psychiatre CHU 2 - CMP 3 - psychologue hors CMP 4 - IDE psy à domicile 5 - Hospitalisation USLD 6 - Praticien CHU 7 - Hospitalisation psy 8

Annexe 2
Exemples de grilles d'évaluations de la Dépression en Gériatrie

1/ Echelle d'hétéro-évaluation de Hamilton :

1.12.1 Échelle d'Hamilton (hétéro-évaluation)* Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Principe :

Il est recommandé d'utiliser les questions mentionnées à gauche de chaque item pour guider l'entretien. Il est préférable que la première quesiton pour chaque item soit posée exactement telle qu'elle est formulée ci-dessous. En général elle suffit à informer sur le symptôme exploré par l'item concerné.

A

Guide d'entretien (HDRS)

Commencer l'entretien par la question initiale suivante : « J'aimerai vous poser quelques questions au sujet de la semaine dernière ».

1] **Humeur dépressive (tristesse, désespoir, autodépréciation)** ☐
Quelle a été votre humeur au cours de la semaine écoulée ?
- Vous êtes-vous senti(e) abattu(e) ou déprimé(e) ?
- Triste ? Désespéré(e) ?
- Au cours de la semaine dernière, combien de fois vous êtes-vous senti(e) ?
- Chaque jour ? Pendant toute la journée ?
- Vous est-il arrivé de pleurer ?

2] **Sentiments de culpabilité** ☐
Vous êtes-vous senti(e) particulièrement critique vis-à-vis de vous-même au cours de la semaine, en ayant l'impression de faire tout de travers ou de laisser tomber les autres ?
- Si oui : quelles ont été vos pensées ?
- Vous êtes senti(e) coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose ?
- Avez-vous pensé que vous étiez en quelque sorte la cause de votre dépression ?
- Avez-vous le sentiment que votre maladie est une punition ?

B

Grille d'évaluation (HAMD-21)

Pour chacun des 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, auto-dépréciation)** ☐	
0	Absent
1	Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet
2	Ces états affectifs sont signalés verbalement et spontanément
3	Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par exemple 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 dénonce et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

A

3] Tendance suicidaire ☐

Au cours de la semaine écoulée, vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préfériez être mort ?

- Avez-vous eu envie de vous faire du mal ?
- Si OUI : à quoi avez-vous pensé exactement ?
- Avez-vous fait quelque chose pour vous faire du mal ?

4] Insomnie lors de l'endormissement ☐

Comment avez-vous dormi au cours de la dernière semaine ?

- Avez-vous eu des difficultés à vous endormir après vous être couché(e) ?
- Combien de temps vous a-t-il fallu avant de vous endormir ?
- Au cours de cette dernière semaine, combien de fois avez-vous eu du mal à vous endormir en début de nuit ?

5] Insomnie au milieu de la nuit ☐

Toujours la dernière semaine, vous est-il arrivé de vous réveiller en pleine nuit ?

- Si OUI : vous êtes-vous levé(e) ? Qu'avez-vous fait ? Êtes-vous allé(e) simplement aux toilettes ?
- Quand vous retournez au lit, êtes-vous capable de vous rendormir immédiatement ?
- Avez-vous la sensation que votre sommeil est agité ou perturbé au cours de certaines nuits ?

6] Insomnie du petit matin ☐

Pendant la semaine dernière, à quelle heure vous êtes-vous réveillé(e) le matin (sans vous rendormir ensuite) ?

- Si TRÈS TÔT : est-ce à cause d'un réveil matin ou vous réveillez-vous spontanément ?
- À quelle heure vous réveillez-vous habituellement (c'est-à-dire quand vous n'êtes pas déprimé) ?

7] Travail et activités ☐

Comment avez-vous passé votre temps la semaine dernière (lorsque vous n'étiez pas en train de travailler) ?

- Vous êtes-vous intéressé(e) à ce que vous faisiez, ou aviez-vous l'impression de devoir vous forcer pour faire les choses ?
- Avez-vous arrêté de faire quelque chose que vous aviez l'habitude de faire ? Si OUI : pourquoi ?
- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire ou que vous attendez avec impatience ?

B

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 (côté 4 toute tentative sérieuse)

4] Insomnie du début de la nuit ☐

0	Pas difficulté à s'endormir
1	Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir : par exemple 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 (coté 2 toutes les fois où le malade se lève du lit, sauf 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. À l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins trois heures par jour à des activités, aide 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. À l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune activité que les tâches de routine de la salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé

A	B
8] Ralentissement de la pensé, du langage ☐	**8] Ralentissement: (lenteur de la pensée et du langage; baisse de la faculté de concentration; baisse de l'activité motrice)** ☐
- Aucune question n'est nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien	**0** Langage et pensée normaux
	1 Léger ralentissement à l'entretien
	2 Ralentissement manifeste à l'entretien
	3 Entretien difficile
	4 Stupeur
9] Agitation ☐	**9] Agitation** ☐
- Aucune question n'est nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien	**0** Aucune
	1 Crispations, secousses musculaires
	2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
	3 Bouge, ne peut rester en assis tranquille
	4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres
10] Anxiété (psychique) ☐	**10] Anxiété psychique** ☐
Vous êtes-vous senti(e) particulièrement tendu(e) ou irritable au cours de cette dernière semaine?	**0** Aucun trouble
- Vous êtes-vous inquiété(e) d'une multitude de petits détails qui ne vous auraient pas inquiété(e) en temps normal?	**1** Tension subjective et irritabilité
- Si OUI: quelles choses, par exemple?	**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 des questions
11] Anxiété (somatique) ☐	**11] Anxiété somatique:**
Au cours de la dernière semaine, avez-vous ressenti l'un des symptômes physiques suivants?	**Concomitants physiques de l'anxiété tels que:**
Lisez la liste en laissant un temps de réponse après chaque symptôme:	- **Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations)**
- Avez-vous eu la bouche sèche, du mal à digérer, une indigestion, une diarrhée, des crampes, des renvois, des palpitations, des maux de tête, du mal à respirer, des problèmes urinaires, une transpiration?	- **Cardiovasculaire (palpitations, céphalées)**
- À quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(e) au cours de la semaine dernière? Ont-ils été très intenses? Les avez-vous ressentis souvent? À quelle fréquence?	- **Respiratoires (hyper ventilation, soupirs)**
- Note: n'attribuer aucun score si le symptôme est manifestement d'origine médicamenteuse.	- **Pollakiurie**
	- **Transpiration** ☐
	0 Absente
	1 Discrète
	2 Moyenne
	3 Grave
	4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle
12] Symptômes somatiques (gastro-intestinaux) ☐	**12] Symptômes somatiques gastro-intestinaux** ☐
Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine?	**0** Aucun
- Était-il comparable à votre appétit habituel?	**1** Perte d'appétit, mais mange sans être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale
- Avez-vous dû vous forcer à manger? D'autres personnes ont-elles dû vous pousser à manger?	**2** A des difficultés à manger en l'absence d'incitation du personnel. Demande où a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques

A	B
13] Symptômes somatiques (généraux) ☐ **Avez-vous eu suffisamment d'énergie au cours de la semaine écoulée ?** - Vous êtes-vous senti(e) constamment fatigué(e) ? - Avez-vous ressenti des douleurs dans les membres, le dos ou la tête ?	**13] Symptômes somatiques généraux** **0** Aucun **1** Lourdeurs dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité **2** Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net
14] Symptômes génitaux ☐ **Au point de vue sexuel, y a-t-il eu des modifications de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine ?** - Je ne parle pas de votre activité sexuelle mais de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine. - Cet intérêt a-t-il subi une modification (par rapport à avant la dépression) ? - Avez-vous beaucoup pensé au sexe ? - Si NON : est-ce habituel pour vous ?	**14] Symptôme génitaux tels que : perte de la libido ; troubles menstruels** **0** Absent **1** Légers **2** Graves
15] Hypochondrie **Au cours de la semaine écoulée, vos pensées se sont-elles souvent centrées sur votre santé physique ou sur la façon dont votre corps fonctionne (par rapport à votre état d'esprit habituel) ?** - Vous plaignez-vous souvent de votre état physique ? - Vous est-il arrivé de demander de l'aide pour des choses que vous auriez pu faire vous-même ? - Si OUI : quoi, par exemple ? Combien de fois est-ce arrivé ?	**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] Amaigrissement **Avez-vous perdu du poids récemment ?** **Si OUI : combien ?** - En cas de doute : avez-vous l'impression que vous flottez dans vos vêtements ?	**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] Intuition du patient sur son propre état - Évaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien.	**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 items ☐	**Total des 17 premiers items** ☐

A

B

18] Variations dans la journée	
A	Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il n'y a pas de variations diurnes, indiquer : aucune.
0	Aucune
1	Plus marqués le matin
2	Plus marqués l'après-midi
B	Quand il y a une variation diurne, indiquer la sévérité de la variation. Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.
0	Aucune
1	Légère
2	Importante

Inscrire dans la case la note 18 B.

19] Dépersonnalisation et déréalisation : (par exemple que le monde n'est pas réel ; idées de négation)	
0	Absente
1	Légère
2	Moyenne
3	Grave
4	Entraînant une incapacité fonctionnelle

20] Symptômes délirants : (persécutifs)	
0	Aucun
1	Soupçonneux
2	Idées de référence
3	Idées délirantes de référence et de persécution

21] Symptômes obsessionnels et compulsionnels	
0	Absents
1	Légers
2	Graves

Total des 21 items	

Pellisier J, Pellas F, Benaïm C et Fatall C. Principales Echelles d'Evaluation chez l'Adulte en MPR. 2e Ed. 2009 : 86-89.

2/ Echelle d'hétéro-évaluation MADRS

Echelle MADRS

Evalue la gravité des symptômes de dépression

1. Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

❒ 0 Pas de tristesse
❒ 1
❒ 2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté
❒ 3
❒ 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps
❒ 5
❒ 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé

2. Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

❒ 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances
❒ 1
❒ 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté
❒ 3
❒ 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression
❒ 5
❒ 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation

3. Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

❒ 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère
❒ 1
❒ 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini
❒ 3
❒ 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté
❒ 5
❒ 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante

4. Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

❒ 0 Dort comme d'habitude
❒ 1
❒ 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité
❒ 3
❒ 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures
❒ 5
❒ 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil

5. Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

❒ 0 Appétit normal ou augmenté
❒ 1
❒ 2 Appétit légèrement réduit
❒ 3
❒ 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût
❒ 5
❒ 6 Ne mange que si on le persuade

6. Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

❒ 0 Pas de difficulté de concentration
❒ 1
❒ 2 Difficultés occasionnelles à rassemblée ses pensées
❒ 3
❒ 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation
❒ 5
❒ 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

7. Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

❒ 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur
❒ 1
❒ 2 Difficultés à commencer des activités
❒ 3
❒ 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort
❒ 5
❒ 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

8. Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

❒ 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens
❒ 1
❒ 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels
❒ 3
❒ 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances
❒ 5
❒ 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9. Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

❒ 0 Pas de pensées pessimistes
❒ 1
❒ 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépreciation
❒ 3
❒ 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur
❒ 5
❒ 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables

10. Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

❒ 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient
❒ 1
❒ 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères
❒ 3
❒ 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis
❒ 5
❒ 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide

Résultats

De 0 à 14 points : le seuil de dépression n'est pas atteint

15 points et plus : le seuil de dépression est atteint et le score maximal est de 60 points

Réseau de santé publique de la Mayenne. 2012

3/ Echelle HADS

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Haute autorité de santé. Diagnostic de la dépression de l'adulte. 2004

4/ Echelle d'hétéro-évaluation chez patients avec troubles cognitifs Neuro Psychiatric Inventory

Inventaire neuropsychiatrique

NPI-*ES*

Nom du patient :		Prénom du patient :
Âge :	Sexe : H F	Date du test :

Fonction de la personne interviewée : .....

Type de relation avec le patient :

- ☐ **très proche/**prodigue des soins quotidiens,
- ☐ **proche/**s'occupe souvent du patient,
- ☐ **pas très proche/**donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient.

NA = question inadaptée (non applicable) - **F x G** = Fréquence x Gravité

ITEMS	NA	Absent	Fréquence		Gravité		F x G	Retentissement
	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/Euphorie	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
							SCORE TOTAL 10	
CHANGEMENTS NEUROVÉGÉTATIFS								
Sommeil	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	x	1 2 3	=		1 2 3 4 5
							SCORE TOTAL 2	
							SCORE TOTAL 12	

Mobiqual. Outil d'évaluation de la dépression. 2013

5/ Les trois versions de l'échelle d'auto-évaluation de la dépression en Gériatrie (GDS)

24.10.2001

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)

NOM : **Prénom :** **Date :**

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

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (Version courte)

NOM : *(étiquette patient)* **Prénom :** **Date :**

1 - Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités ?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie soit vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Etes-vous en général de bonne humeur ?	oui	non*
6 - Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ?	oui*	non
7 – Etes-vous heureux(se) de vivre actuellement ?	oui	non*
8 - Avez-vous l'impression de n'être plus bon(ne) à rien ?	oui*	non
9 - Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ?	oui*	non
10 - Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui*	non
11 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
12 - La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ?	oui*	non
13 - Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non*
14 – Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui*	non
15 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui*	non

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Mini-GDS

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evaluateur : _____

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

1. Vous sentez- vous découragé(e) et triste ?	☐ **Oui**	☐ **Non**
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	☐ **Oui**	☐ **Non**
3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	☐ **Oui**	☐ **Non**
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	☐ **Oui**	☐ **Non**

Si réponse soulignée est cochée = 1 point

SCORE TOTAL : ____ / 4

Interprétation :

- ***Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression***
- ***Si score total égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression***

Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F: Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale. 1997;:91-9.

6/ Auto-questionnaire Patient Health Questionnaire (PHQ) version 9 et 2 questions.

Annexe 5. PHQ questionnaire

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

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Une diminution marquée d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ?	0	1	2	3
2. Un sentiment d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir ?	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi(e), ou au contraire une tendance à trop dormir ?	0	1	2	3
4. Une sensation de fatigue ou de manque d'énergie ?	0	1	2	3
5. Un manque ou un excès d'appétit ?	0	1	2	3
6. Une mauvaise opinion de vous-même : l'impression que vous êtes un(e) raté(e) ou que vous vous êtes laissé(e) aller ou que vous avez négligé votre famille ?	0	1	2	3
7. De la peine à vous concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision.	0	1	2	3
8. L'impression de parler ou de vous déplacer si lentement que cela se remarquait – ou, au contraire, une fébrilité ou agitation telle que vous ne teniez pas en place ?	0	1	2	3
9. Penser vous que vous préféreriez être mort€ ou penser à vous faire du mal ?	0	1	2	3

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001;16(9):606-13 (41)

Les deux premiers items sont retrouvés dans le PHQ-2

Haute autorité de santé. Diagnostic de la dépression de l'adulte. 2004

Résumé

En France comme au niveau mondial, la dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent, tous âges confondus. Cinq à quinze pour-cent des personnes âgées sont concernées. L'impact économique est réel avec une consommation de psychotropes toujours croissante en France. C'est également un enjeu car cette pathologie peut altérer l'autonomie du patient âgé, et sa prise en charge thérapeutique médicamenteuse est à risque de iatrogénie dans cette population fragile. Différents acteurs de santé sont concernés les médecins, mais également les paramédicaux comme notamment les infirmières (IDE) de liaison en psychiatrie. Nous avons ainsi souhaité évaluer l'impact des infirmières de liaison en psychiatrie sur la prise en charge de la dépression au sein du pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers.

Méthode : Etude descriptive observationnelle quantitative de type cohorte rétrospective concernant des patients connus dépressifs, hospitalisés au sein du pôle de Gériatrie de Septembre 2016 à Juin 2017 et ayant bénéficié d'une évaluation par les IDE de liaison en psychiatrie. Nous avons répertorié le nombre de patients, l'existence ou non d'adaptation thérapeutique médicamenteuse, la nature de ces adaptations et l'existence d'un suivi post-hospitalier.

Résultats : 121 patients ont été inclus. Les évaluations initiales concernaient à 60% des symptômes dépressifs, 51,24% des symptômes anxieux et 36% des troubles anxio-dépressifs. Trois quarts des patients ont eu une adaptation thérapeutique concernant les psychotropes soit après discussion avec l'IDE (46,26%), soit après concertation entre IDE et psychiatre (53,76%) avec des arrêts, des adaptations posologiques et des initiations. Les antidépresseurs de type ISRS étaient la classe d'antidépresseur la plus arrêtée en proportion, justifié en majorité par des effets indésirables iatrogènes. Des majorations posologiques ont concerné principalement la mirtazapine devant un sous dosage au regard des recommandations ou une évolution de l'état dépressif. Enfin, les initiations ont concerné principalement la mirtazapine, la sertraline et le duloxétine. Un tiers des patients avaient un suivi en sortie d'hospitalisation dont 15% par une infirmière de liaison pour des résidents d'EHPAD.

Conclusion : La présence d'une infirmière de liaison en psychiatrie dans des unités de Gériatrie est bien lisible. L'IDE apparait comme une plus-value active dans le fonctionnement des services. Elle apporte son expertise en psychiatrie dans le respect des recommandations avec un rôle polyvalent par son statut d'infirmière, tout en permettant un gain de temps pour la psychiatre rattachée. Enfin son rôle de relais entre la Gériatrie, la Psychiatrie et les acteurs de santé en ville est un réel atout.

Mots clés

Gériatrie ; Psychiatrie ; Impact ; Infirmier de liaison ; Dépression ; Poitiers.