



**HAL**  
open science

# Estimation de la prévalence de la prescription des antidépresseurs en médecine ambulatoire chez les personnes âgées de plus de 80 ans

Anaïs Courcier

## ► To cite this version:

Anaïs Courcier. Estimation de la prévalence de la prescription des antidépresseurs en médecine ambulatoire chez les personnes âgées de plus de 80 ans. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01977059

**HAL Id: dumas-01977059**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01977059>**

Submitted on 10 Jan 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Estimation de la prévalence de la prescription des antidépresseurs en  
médecine ambulatoire chez les personnes âgées de plus de 80 ans.**

# **T H È S E   A R T I C L E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 2 Octobre 2018**

**Par Madame Anaïs Courcier**

**Née le 2 novembre 1988 à Aix-en-Provence (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur VILLANI Patrick**

**Président**

**Monsieur le Professeur AMBROSI Pierre Jacques**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur GAYET Stéphane**

**Directeur**



**Estimation de la prévalence de la prescription des antidépresseurs en  
médecine ambulatoire chez les personnes âgées de plus de 80 ans.**

# **T H È S E   A R T I C L E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 2 Octobre 2018**

**Par Madame Anaïs Courcier**

**Née le 2 novembre 1988 à Aix-en-Provence (13)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur VILLANI Patrick**

**Président**

**Monsieur le Professeur AMBROSI Pierre Jacques**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur GAYET Stéphane**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Assesseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Caroline MOUTTET
- \* Logistique : Joëlle FRAVEGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jean-Claude  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs  
DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs  
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs  
O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs  
P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs  
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président  
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs  
A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs  
H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur  
W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs  
S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs  
E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur  
P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs  
R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur  
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b>	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b>	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b>	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b>	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b>	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b>	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b>	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b>	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
*RIDINGS Bernard Surnombre*

ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
*SAMBUC Roland Surnombre*  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal

THUNY Franck  
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPIANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
FILIPPI Simon

### **PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL**

BURKHART Gary

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud ( <i>Disponibilité</i> )	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**  
**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
*MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre*  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
*ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre*  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
*LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre*  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*  
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*  
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,**

**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
SEITZ Jean-François (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
KRAHN Martin (PU-PH)  
LEVY Nicolas (PU-PH)  
MONCLA Anne (PU-PH)  
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
TOGA Caroline (MCU-PH)  
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BOUBLI Léon (PU-PH)  
BRETELLE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

#### **IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

#### **MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

#### **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

#### **NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
RACCAH Denis (PU-PH)  
VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

#### **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

#### **OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
HOFFART Louis (PU-PH)  
MATONTI Frédéric (PU-PH)  
*RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre*

#### **HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

#### **MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)  
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

#### **MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

#### **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

#### **NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

#### **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)  
REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
GRAILLON Thomas (MCU PH)

#### **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)

#### **PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OUDIN Claire (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)  
 VALLI Marc (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)  
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018  
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre  
 GREILLIER Laurent (PU-PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

# REMERCIEMENTS

## Aux membres du jury

### **Au président du jury, Monsieur le Professeur Villani Patrick**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour tout ce que vous avez accompli afin que cette thèse se réalise et à l'opportunité de carrière que vous m'apportez. Je suis honorée d'intégrer votre équipe. Soyez assuré de mon plus grand respect.

### **Au directeur de thèse, Monsieur le Docteur Gayet Stéphane**

Merci d'avoir accepté de me faire confiance pour ce projet. Je suis honorée de t'avoir eu comme directeur de thèse et d'avoir pu travailler sur ton étude. Je tiens particulièrement à te remercier pour ton encadrement exceptionnel. Tu as toute mon admiration et ma reconnaissance pour ta disponibilité, ton investissement sans compter les heures, ta rigueur et tes nombreuses lectures et modifications pertinentes. J'ai beaucoup appris à tes côtés que ce soit pendant la réalisation de cette thèse ou pendant ces 3 mois dans le service. Sois assuré de mon profond respect.

### **Monsieur le Professeur Ambrosi Pierre Jacques**

Merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Je vous remercie pour tout ce que vous apportez à l'enseignement des étudiants en médecine. Ce fut un honneur de travailler avec vous. Soyez assuré de ma reconnaissance.

### **Monsieur le Docteur Gentile Gaëtan**

Merci d'avoir accepté de faire parti de ce projet et l'aide que vous m'avez apporté. Je vous remercie pour votre investissement dans l'enseignement et dans l'organisation de notre internat. Soyez assuré de ma gratitude.

## A tous ceux qui ont aussi contribué à la réalisation de cette étude et de cette thèse

A l'équipe médicale du service de Médecine Interne – Post urgence de la timone : à Stéphane Gayet encore une fois, Nirvina Gobin, Aurélie Daumas, et Magali Pellerey. Merci pour le temps précieux consacré à l'inclusion des patients pendant un an et la réalisation de cette étude.

Je tenais aussi à vous remercier pour les 6 mois passés auprès de vous. Malgré des journées à rallonge, des visites bien chargées et des cries dans les couloirs, votre dévouement et votre présence auprès des internes ont vraiment influencé mon avenir.

Je remercie aussi Vanessa Pauly pour son temps consacré aux analyses statistiques de cette étude.

Je remercie également ceux qui ont pris le temps de relire mon travail et de corriger mes maladresses : A Stéphane, Romain, Nirvina, mon père, et Pierre.

## A ceux qui ont marqué et partagé mon internat

Pour commencer cette aventure, je remercie toute l'équipe (médicale, paramédicale et secrétaires) du service de médecine et des urgences de la Ciotat avec qui j'ai débuté mon internat. Un stage mémorable ou j'ai commencé en pleurant et fini en pleurant mais pas pour les mêmes raisons.

A Valérie, pour qui j'ai le plus grand respect et qui m'a appris à avoir confiance en moi. Je ne cesse de relire ton joli mot pour me motiver.

A Elodie qui a pris soin de nous comme une grande sœur. Ton investissement et ton sourire sont un exemple pour moi. Ma Boom a survécu à mon internat.

A mes deux superbes co internes Claire et Sophie. Ce début d'internat n'aurait pas été le même sans vous.

A l'équipe du service de Gastro entérologie d'Aix en Provence.

A Violaine, que j'admire pour son investissement et son dévouement auprès du service, et qui a pris soin de moi tout au long du stage. Malgré tous les départs, ne change pas.

A Séverine, que j'admire pour sa passion et ces fameux jeudis à rallonge où chaque détail était important. Merci de m'avoir transmis ta motivation.

A Sabine, qui m'a apporté tant de gentillesse et de réconfort pendant ce stage. Merci pour ton sourire et ta bonne humeur.

A Marine, ma fabuleuse pédiatre, que j'admire pour son parcours professionnel, qui ne lâche rien malgré les difficultés et qui m'a appris à ne pas me laisser faire. Encore une fois je remercie l'équipe des services Villani (Timone et Sud).

A l'équipe d'infirmières, aides soignantes et ASH. J'ai adoré travailler avec vous dans la bonne humeur. Ne changez surtout pas.

A mes co internes, à Jimmy, Thomas et bien sur Romain. Un stage qui m'a apporté l'amour, l'amitié et un avenir professionnel, que demander de plus. A ces sacrés visites et ces contre visites accompagnées de magnifiques commentaires de Jimmy. A nos fous rires.

A Nirvana, qui a réussi avec Stéphane pendant ces fameuses visites, à combiner rires et apprentissages. Tu étais une assistante fabuleuse mais surtout tu es devenue une amie dévouée. Tu seras ma référence pour ma nouvelle vie d'assistantat qui m'attend.

A Aurélie et Magali, que j'admire pour leur investissement et leur dévouement. Merci pour tout l'apprentissage que vous m'avez aussi apporté.

A l'équipe de l'hôpital de jour, à Anne Laure. Je suis honorée de venir travailler avec vous.

A toute l'équipe des urgences de Martigues. Malgré mon immense réticence à débiter ce stage d'urgence, vous avez réussi à rendre ces 6 mois mémorables.

A toute l'équipe d'infirmiers et d'infirmières, je vous admire pour vos fabuleuses compétences professionnelles et surtout pour nous avoir supporter. Merci pour tous les fous rires et ces magnifiques pauses dans l'escalier. Sans vous ce stage n'aurait pas été aussi agréable.

A tous mes chefs que j'admire pour nous avoir guider, épauler et pour exercer ce si dur métier. A mes assistantes préférées, Adeline, Camille et Floriane, merci pour toute l'aide que vous nous avez apporté et le temps que vous nous avez consacré. A ma chouchou Bénédicte qui m'a redonné confiance en moi et qui est un exemple pour moi.

A mes co internes, je n'aurais pas pu trouvé mieux. J'ai eu la chance d'obtenir surtout 4 amis aussi fabuleux que cinglés. A ma poupone Nathalie, que j'admire d'associer le rôle de mère, de médecin et d'amie complètement fofolle. A ma poupone Agathe que j'admire pour sa bonne humeur, sa vision de la vie parfois si innocente et sa gentillesse. Merci les poupones de toujours me redonner le sourire. A Tarik qui me rappelle toujours que je suis vieille. A mon superpoussin Benichou qui a le courage de nous supporter. Vous n'êtes pas prêt de vous débarrasser de moi. A notre Viville internationale, merci pour ta bonne humeur, nos fous rires et tes Birkenstock.

A toute l'équipe de la PMI de Romain Rolland, merci pour votre gentillesse et votre aide pendant ces derniers mois d'internat. Merci au Docteur Poudevigne de m'avoir laissé du temps pour réaliser cette thèse.

A l'équipe du SAIHM, que j'admire pour le nombre d'heures consacrées bénévolement pour aider les internes.

A ma Emeline qui m'a entraîné dans cette aventure avec son jolie sourire. A nos soirées interminables à compter le nombre de postes et d'internes et lire les « magnifiques » mails de ces derniers. J'espère que nous partagerons d'autres moments autour d'un verre de ti punch avec ton merveilleux futur mari.

A Ahmed, notre président mais surtout notre radiologue préféré de Martigues. Merci de nous avoir supporté pendant 6 mois.

### A tous mes proches

A mes meilleures amies, mes sœurs de cœur. A notre relation privilégiée malgré la distance qui nous sépare.

A Chloé et nos 12 ans d'amitié, qui aurai cru qu'avec un début aussi fracassant une longue amitié allait se construire. A ma Floriane, mon petit rayon de soleil. Vous êtes des femmes courageuses, volontaires, généreuses, brillantes, marrantes, fidèles et des médecins dévoués. A notre amitié unique et sincère.

A mon Kevinou, mon plus ancien et fidèle ami. Merci d'être là pour tous les moments importants de ma vie. Je suis fière de la vie que tu t'es construite. Tu es un mari dévoué, un père formidable, un ami fidèle et un homme généreux. Les amis sont la famille que nous choisissons. Alors à ma deuxième famille.

A Marisa, ce petit brin de femme que j'admire. Je suis heureuse que tu sois rentrée dans la vie de Kévin. Sans toi mon début en métropole n'aurait pas été aussi évident. Tu as toujours été présente pour moi pendant mon externat maintenant c'est à moi de prendre soin de toi.

A mon petit Léon et ma filleule Noémie, merci pour tout le bonheur que vous m'apportez. Tatie Anais sera toujours là pour veiller sur vous.

A Alice, à la fois mon amie et ma belle sœur, je n'aurais pas pu rêver mieux pour prendre soin de mon frère. Merci pour tous nos moments partagés, tu as toujours été là quoi qu'il arrive. Tu es une femme fabuleuse, à la fois un super médecin, une amie dévouée, et une sportive motivée.

A Charlotte, ma plus ancienne amie de médecine présente ce jour. Merci pour tous ces moments passés ensemble depuis 7 ans. Nous en avons partagé des choses depuis la Guadeloupe et je suis fier de la femme accomplie que tu es devenue. Même si la vie nous a un peu séparé tu garderas toujours une place particulière.

A ma belle famille, Anne, Pierre, Guillaume, Zabeth et Bernard. Merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement dans votre famille et d'avoir élevé ce fabuleux Romain dont vous pouvez être fier. Je vous remercie d'être présents pour ce jour si important.

A ma marraine, qui a toujours été présente dans ma vie. Merci pour ta gentillesse, ton dévouement, ta générosité et ton amour pour tes proches. J'ai énormément de chance de t'avoir dans ma vie et je sais que tu seras toujours présente. Tu mérites, après toutes les épreuves que tu as traversé, de trouver le bonheur.

A ma Manou d'amour. Mon petit brin de femme indépendante que j'admire. Merci d'avoir toujours été là pour moi et de nous avoir toujours suivi même à 8000 Km. A nos repas ensemble, nos fous rires et notre voyage en Florence.

A mon Grand père. Malgré nos différences, je sais que tout ce que tu as pu faire ou dire était par amour pour ta famille. Merci pour ce magnifique cadeau qui me suivra toute ma vie. Grace à ma petite twingo, mon internat a été beaucoup plus serein. « Alors les Rois les Dieux la Chance et la Victoire, Seront à tout jamais tes esclaves soumis, Et, ce qui vaut bien mieux que les Rois et la Gloire, tu seras un homme mon fils ! »

A mes grands parents Mamlyne et Pamlo. Merci d'avoir fait ce voyage pour être présents pour ce jour. Merci pour tout le temps que vous consacrez à votre famille.

A mes frères, dont je suis si fier.

A Marvin, qui a parcouru tant d'épreuves pour devenir l'homme accompli que tu es devenu. N'oublie jamais que ta grande sœur sera toujours là pour toi.

A Yoann, qui a tant évolué en si peu de temps. Je suis fier de ta réussite personnelle et professionnelle. Continue à aller au bout de tes rêves.

A mes très chers parents, aucune dédicace, aucun mot ne pourrait exprimer à leur juste valeur la gratitude et l'amour que je vous porte. Je vous dédie cette thèse. Merci de m'avoir toujours appris que l'important c'était d'être passionner par son métier.

A ma mère, mon ange gardien, qui a eu confiance en moi depuis le début. Je n'y serais jamais arrivée sans ton aide et ton soutien sans faille. Même si j'adore t'embêter, je suis fière d'avoir une mère aussi aimante, généreuse, émerveillée par la vie, courageuse et merveilleuse. J'espère un jour être une mère aussi fabuleuse.

A mon père, mon modèle. Même si nous avons eu des différents par le passé, je sais aujourd'hui que c'était simplement pour mon bonheur et pour être en accord avec moi même. Alors je te remercie de m'avoir apporter ce dévouement, cet investissement et cette passion pour ce métier si fabuleux.

Le meilleur pour la fin.

A mon amour, mon ami, mon ancien co interne, mon confident et ma nouvelle famille, je te dédie aussi cette thèse. J'ai une chance inouïe de t'avoir auprès de moi chaque jour. Merci pour tout le temps que tu as consacré à cette thèse, et d'avoir supporter mes angoisses ces derniers mois. Je n'y serais pas arrivée sans toi. Je te remercie pour ton soutien inconditionnel et de m'accepter comme je suis. Je nous souhaite un merveilleux avenir.

A ceux partis trop tôt....

A ma tatie d'amour qui me manque chaque jour, ton sourire et ta bonne humeur m'accompagnent tout le temps.

A Bernard, mon tonton de cœur, qui a pris soin de moi quand j'étais loin de ma famille. A ta générosité, ton amour et ton dévouement pour ta famille qui sont un exemple chaque jour dans ma vie.

Malgré votre absence vous êtes particulièrement dans mon cœur en ce jour.

# SOMMAIRE

<b>1. Introduction</b> .....	2
<b>2. Matériel et méthode</b> .....	3
2.1. Population étudiée.....	3
2.2. Méthode de recueil de données.....	4
2.3. Méthodologie d'analyses des données.....	5
<b>3. Résultats</b> .....	6
3.1. Caractéristiques de la population.....	6
3.2. Comparaison des patients avec ou sans traitement antidépresseur.....	6
3.3. Analyse du traitement antidépresseur.....	7
<b>4. Discussion</b> .....	9
<b>5. Conclusion</b> .....	15
<b>6. Références</b> .....	16
Tableau 1 : Caractéristiques des 402 patients inclus.....	19
Tableau 2 : Comparaison des patients sans ou avec un traitement antidépresseur.....	20
Tableau 3 : Analyse du traitement antidépresseur prescrit chez 103 patients.....	22
Annexe 1 : Questionnaire pour tous les patients inclus.....	23
Annexe 2 : Questionnaire pour le groupe « antidépresseur.....	26

## 1. Introduction

La prise en charge diagnostique et thérapeutique de la dépression du sujet âgé est une problématique récurrente (1) mais néanmoins complexe en médecine ambulatoire. Par expérience il nous est apparu qu'un nombre important de patients très âgés recevait un traitement antidépresseur.

Or, le risque de polymédication augmente avec l'âge et les pathologies (2). De ce fait, il est important chez les sujets âgés, d'évaluer précisément la balance bénéfices-risques des différents traitements (3), afin d'éviter un effet indésirable secondaire à l'introduction d'un nouveau médicament, en particulier un antidépresseur.

En soins primaires, notamment en France, il ne semble pas exister beaucoup de travaux s'intéressant à la prescription des antidépresseurs dans la population âgée (4).

L'objectif principal de cette étude est donc d'estimer la prévalence de la prescription des antidépresseurs chez les patients âgés de plus de 80 ans en médecine ambulatoire. Les objectifs secondaires sont d'une part de rechercher les facteurs socio-démographiques et médicaux associés à cette prescription, et d'autre part d'évaluer les caractéristiques de cette dernière.

## **2. Matériels et méthodes**

### **1. Population étudiée**

Il s'agit d'une étude observationnelle, analytique, prospective et monocentrique organisée par l'unité de Médecine Interne Post-Urgences de l'hôpital universitaire de la Timone à Marseille de Mars 2016 à Mars 2017. Tous les patients âgés de 80 ans ou plus, bénéficiant d'une prise en charge par la sécurité sociale, étaient éligibles à une inclusion dans l'étude.

Pour être inclus les patients devaient être hospitalisés dans l'unité en provenance directe de leur domicile, du domicile d'un proche, ou d'une institution. Les patients hospitalisés via le service des urgences pouvaient également être inclus à la condition qu'ils y soient parvenus directement de leur lieu de vie usuel.

Etaients exclus les patients :

- provenant d'un autre service hospitalier (à l'exception du service des urgences composé du service d'accueil des urgences (SAU) et de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)),
- ne venant pas de leur lieu de vie usuel avant l'entrée à l'hôpital,
- hospitalisés y compris en soins de suite et de réadaptation (SSR) dans les trente et un jours précédents
- s'étant présentés en consultation dans un service d'accueil des urgences dans les trente et un jours précédents.

## 2.2. Méthode de recueil des données

A l'entrée de l'hospitalisation, tous les traitements habituels prescrits dans le lieu de vie ont été collectés. Le patient était affecté au « groupe antidépresseur » dès lors qu'existaient un ou plusieurs traitements antidépresseurs en cours. En l'absence de traitement antidépresseur le patient était affecté au « groupe témoin ». Pour chaque patient inclus, un questionnaire unique a été renseigné.

Ce questionnaire (**Annexe 1**) recherchait les caractéristiques sociodémographiques constituées par l'âge, le sexe, le statut civil, le nombre d'enfants et la provenance (domicile, institution..). La durée de séjour dans l'unité était également renseignée. Il a été recherché parmi les antécédents des patients la présence de chutes à répétitions, de dépression avant l'âge de 65 ans, de troubles psychiatriques avant ou après 65 ans, de syndrome douloureux chronique, d'une maladie chronique (cardiovasculaire, rénale, ou respiratoire), d'un diabète de type 2, d'une néoplasie, d'un accident vasculaire cérébral, ou d'une intoxication alcoolotabagique. L'existence ou non d'un traitement par anxiolytiques, neuroleptiques et thymorégulateurs a été recherchée. Le nom et le nombre des médicaments pris à domicile ont été aussi colligés. Le diagnostic principal d'hospitalisation a été classé en grandes catégories telles que : sepsis, chute compliquée de fracture, chute sans complication, décompensation cardiaque... La présence de troubles cognitifs, diagnostiqués ou non durant le service, a été notifiée. Les scores MMSE et du Test de l'Horloge ont été précisés lorsqu'ils avaient été réalisés.

Pour les patients du « groupe antidépresseur », un questionnaire supplémentaire a été rempli (**Annexe 2**) : il renseignait la dénomination internationale commune (DCI) des traitements antidépresseurs, leurs posologies totales exprimées en mg/j, et l'existence d'interactions référencées dans le résumé des caractéristiques des produits (RCP) entre l'antidépresseur et un ou plusieurs des autres médicaments usuels du patient. Il était recherché la date d'introduction et la spécialité du médecin premier prescripteur du traitement antidépresseur. La poursuite, le changement ou l'arrêt du traitement antidépresseur à la sortie du service étaient analysés en précisant les modalités d'arrêt (arrêt immédiat ou décroissance progressive sur quelques jours) et l'existence potentielle d'un syndrome de sevrage.

### 2.3. Méthodologie de l'analyse des données

Les données recueillies ont été saisies dans un fichier informatique de façon anonyme en vue de leur exploitation statistique. Ce fichier a été déclaré à la Commission Informatique et Libertés de l'établissement (CIL). Les variables qualitatives ont été analysées par le test de comparaison de pourcentage (Khi2 ou exact de Fisher lorsque les conditions d'application du Khi2 n'étaient pas vérifiées). Les variables quantitatives ont été comparées par le test t de Student lorsque les distributions étaient normales et par le test non paramétrique de Mann Whitney dans les cas contraires. Le logiciel de statistiques SPSV20 a été utilisé. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

### 3. Résultats

#### 3.1. Caractéristiques de la population (tableau 1)

Au total, 402 patients ont été inclus de façon consécutive entre Mars 2016 et Mars 2017. L'âge médian de la population incluse était de 88 ans, et 68,2% des sujets étaient des femmes. La majorité provenait de leur domicile propre. Des troubles cognitifs, plus ou moins sévères, étaient retrouvés chez 64,4% des patients. Durant le séjour hospitalier un épisode confusionnel a été noté chez 30% des patients.

L'analyse des ordonnances montrait une prescription d'au moins un antidépresseur chez 25,6% des patients. Ces patients étaient polymédiqués (médiane : 6 traitements). Des anxiolytiques étaient prescrits dans 32,1% et enfin des neuroleptiques dans 6% des cas.

A l'issue du séjour, 57,5% des patients retournaient vers leur lieu de vie habituel. Le taux de décès dans l'unité était de 7%.

#### 3.2. Comparaison des patients avec ou sans traitement antidépresseur (tableau 2)

Parmi les patients inclus, 103 possédaient une prescription d'antidépresseur à l'entrée dans le service (« groupe antidépresseur »). Ils ont été comparés aux 299 autres, constituant le groupe « témoin ». Il n'existait pas de différence statistiquement significative pour les principales caractéristiques sociodémographiques entre les

patients traités par antidépresseurs et les autres. Les motifs d'hospitalisation dans le service étaient similaires entre les deux groupes (données non montrées).

Les patients sous antidépresseurs présentaient des troubles cognitifs plus fréquents que les patients non traités par antidépresseurs (83,5% versus 57,9%  $p < 0,001$ ). Le score MMSE évalué chez moins de 50% des patients ne différait pas entre les deux groupes. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes sur la fréquence de confusion pendant le séjour. Les chutes à répétition étaient statistiquement associées à la prise d'antidépresseurs (34% des patients dans le groupe antidépresseur, versus 20% dans le groupe témoin,  $p = 0,003$ ). L'évaluation des autres antécédents ne montrait pas de sur- ou sous-représentation dans l'un des deux groupes de néoplasies, de comorbidités rénale, cardiovasculaire, neuro-vasculaire, ou métabolique.

L'analyse de l'ordonnance mettait en évidence que les neuroleptiques et les anxiolytiques étaient globalement deux fois plus fréquemment prescrits aux patients sous antidépresseurs qu'aux autres : 51% vs 25% ( $p < 0,0001$ ) pour les anxiolytiques, et 10,7% vs 4,3% pour les neuroleptiques ( $p = 0,02$ ).

### 3.3. Analyse du traitement antidépresseur (Tableau 3)

La molécule la plus prescrite dans cette étude était l'Escitalopram, retrouvée chez 35% des patients sous traitement, devant la Paroxétine dans 20% et la Venlafaxine dans 10% des cas. Un seul patient prenait à la fois de l'Escitalopram et de la Paroxétine.

La durée de prise du traitement antidépresseur était inconnue dans 76,7% des cas. Dans 9,7 % des cas elle était supérieure à 5 ans et inférieure à 1 an dans 7,8%. Le prescripteur initial du traitement antidépresseur n'était pas identifié chez 81,6% des patients ; lorsque ce renseignement était obtenu il s'agissait du médecin généraliste (13,6%).

Lors de cette analyse nous avons retrouvé dans 76,7% des ordonnances un risque d'interaction entre l'antidépresseur et un ou plusieurs médicaments présents sur l'ordonnance usuelle en particulier 32 interactions potentielles avec un traitement cardiovasculaire hors anticoagulant (diurétiques, antiarythmiques, antihypertenseurs), 15 cas d'interactions potentielles avec un antivitamine K (AVK), 5 cas avec un anticoagulant oral direct (AOD), 21 cas avec un antiagrégant plaquettaire, 23 cas avec un traitement psychotrope (benzodiazépine, antidépresseur, ou neuroleptique), 2 cas avec un antiépileptique, et 6 cas avec du Tramadol.

Le traitement antidépresseur a été arrêté dans près de la moitié des cas (42 sur 103) lors de l'hospitalisation dans le service, essentiellement devant une balance bénéfice risque jugée défavorable (41 fois sur 42). Lors de cet arrêt, un seul cas de probable réaction de sevrage a été identifié. Pour 18 autres patients, la posologie du traitement antidépresseur a été modifiée. Enfin, devant l'existence d'un risque d'interaction trop important avec la molécule prescrite, mais une indication à maintenir un traitement antidépresseur, un changement de molécule a du être effectué.

## 4. Discussion

Notre étude montre un taux de prescription d'antidépresseurs estimé à 25% chez les sujets hospitalisés âgés de 80 ans ou plus. La prévalence de la dépression sévère nécessitant un traitement pharmacologique dans cette tranche d'âge est estimée dans la plupart des études entre 10 et 15% avec des extrêmes allant de 3% à 36% dans certains cas (5,6). Il semble donc exister un taux de prescription d'antidépresseur particulièrement élevé dans la population étudiée.

Les principaux facteurs associés à un taux élevé de dépression sévère dans la littérature sont le sexe féminin, l'accumulation de pathologies chroniques et l'institutionnalisation (7,8) avec une fréquence de dépression retrouvée à 36% pour les patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Or dans notre cohorte seulement 10% des patients inclus proviennent d'un établissement d'accueil. En revanche, un facteur explicatif au taux élevé de prescription d'antidépresseur dans notre étude pourrait être que les patients inclus soient majoritairement des femmes (68,2%) plus enclines au risque de dépression. Cependant, une telle surreprésentation féminine correspond à la pyramide des âges en France. En effet au 1<sup>er</sup> janvier 2017 les femmes constituaient 64,5% de la population de plus de 80 ans (9). Il existe aussi chez les patients de notre étude un certain nombre de pathologies chroniques, soit, sur l'ensemble de la cohorte, 58,2% de pathologies cardiaques (en dehors de l'HTA), 28,4% de patients ayant eu ou souffrant de néoplasies actives, et 22% ayant un diabète (données non présentées). Cela corrobore, là encore, les données de la littérature puisqu'il est estimé aux USA que les sujets âgés présentent au moins une maladie chronique dans 80% des cas

(voire 2 dans 50%) (10) et qu'en France la population de plus de 64 ans déclare, lors d'un auto-questionnaire réalisé en 2010, souffrir en moyenne de 5,5 affections (11). Ainsi, pour illustration, dans cette tranche d'âge, la prévalence du diabète serait comprise entre 13% et 17%, les tumeurs et les maladies du sang autour de 14,6%, et l'existence d'une maladie circulatoire serait d'environ 73% (dont 50% rien que pour l'HTA). Même si les patients de plus de 80 ans présents dans notre étude semblent donc présenter des facteurs de risque dépressif (sexe et pathologies chroniques) notre série ne se distingue pas de la population générale appartenant à la même tranche d'âge. De plus ces facteurs prédisposant se répartissent de façon égale entre le groupe « antidépresseur » et le groupe témoin. Le surcroît de prescription d'antidépresseur ne semble pas être secondaire à ces facteurs.

Les antidépresseurs peuvent être proposés comme traitements dans d'autres pathologies. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant l'existence d'un syndrome douloureux chronique. Aucun des patients inclus dans l'étude ne présentait d'énurésie nocturne ni d'autre indication à avoir un traitement de type antidépresseur en dehors d'un syndrome dépressif sévère. Le taux de prescription élevée d'antidépresseur dans notre étude n'est donc pas plus justifié par la présence d'autres indications que la dépression.

Ces données semblent donc suggérer d'autres motifs à cette prévalence élevée de prescription d'antidépresseurs dans cette cohorte. Notre étude montre un taux de troubles cognitifs (83,5%) chez les patients du groupe « antidépresseur » significativement plus élevé que dans le groupe témoin. Cette prise d'antidépresseur par des patients présentant des troubles cognitifs fait nécessairement débattre d'un

lien entre troubles cognitifs et syndromes dépressifs chez le sujet âgé. Une première explication à cette association pourrait être une erreur de diagnostic entre une démence et une dépression. En effet il est difficile de réaliser le diagnostic de dépression chez un sujet âgé compte tenu d'une présentation clinique parfois atypique par rapport à la présentation chez un sujet plus jeune (12), et surtout d'un chevauchement syndromique étroit avec la démence (13). Ainsi, ces deux entités présentent de nombreux symptômes similaires tels que les troubles mnésiques, les troubles du comportement (sommeil, agitation, agressivité, appétit), l'anxiété, la restriction d'activité, le ralentissement psychique, le repli sur soi, et la perte d'initiative. De même, la démotivation d'une personne dépressive peut mimer l'apathie d'un sujet dément. Tout cela peut donc être source de confusion diagnostique (14). Des tableaux cliniques de démence faussement étiquetés « dépression », compte tenu d'une symptomatologie commune, pourraient expliquer le taux élevé de troubles cognitifs dans notre population de patients sous antidépresseurs.

Une seconde explication pourrait être que les troubles cognitifs retrouvés chez nos patients se compliquent d'authentiques syndromes dépressifs. En effet, certaines études montrent l'apparition de symptômes dépressifs dans 30 à 50% des cas au cours d'une démence avérée (15,16). Ils seraient réactionnels au stade précoce de la maladie, la défaillance cognitive et instrumentale confrontant le patient aux échecs, aux situations d'impuissance, et à la perte d'estime de soi. En revanche à un stade plus avancé, ils seraient secondaires aux lésions cérébrales. Ces troubles pourraient alors à priori justifier l'introduction légitime d'un traitement antidépresseur. Néanmoins l'analyse méthodique de la littérature réalisée dans différentes méta-

analyses (17,18) ne permet pas de retrouver une quelconque supériorité des antidépresseurs sur le placebo dans la dépression du patient dément.

Une troisième hypothèse pourrait être que l'apparition des troubles cognitifs soit secondaire à la prise au long cours d'un traitement antidépresseur comme décrit dans plusieurs travaux (19,20). Toutefois notre étude ne permet pas de déterminer la date d'introduction des traitements antidépresseurs par rapport à la date d'apparition des troubles cognitifs.

Notre étude avait également pour but d'évaluer les caractéristiques de la prescription. L'analyse des ordonnances montre un risque d'interaction médicamenteuse chez 76% des patients prenant un antidépresseur, chiffre constaté par ailleurs (21). Un patient sur 5 dans notre étude prenait avec le traitement antidépresseur un autre traitement psychotrope. Ces associations médicamenteuses sont notamment connues pour favoriser les chutes à répétitions chez les personnes âgées (22,23), ce que confirme notre étude (34% versus 19,4%). En plus des chutes, une fréquence élevée d'autres effets indésirables de ces traitements antidépresseurs chez les patients âgés est constatée dans la littérature (24).

Le taux de prescriptions d'anxiolytiques est élevé (32,1%) chez tous les patients de notre série, en accord avec deux rapports français (25,26), l'un publié par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et l'autre établi à partir des données de l'assurance maladie, pour une population comparable en âge et en sexe. Toutefois l'association antidépresseur-anxiolytique apparaît plus forte dans notre étude, soit 51% contre 30% dans l'un des rapports. Cette différence peut s'expliquer par la prévalence élevée de troubles cognitifs dans notre groupe « antidépresseur ».

Les anxiolytiques sont en effet souvent utilisés lors des phases d'agitation dans le cadre d'un syndrome démentiel (27).

Au final quarante-deux traitements antidépresseurs sur 103 ont été arrêtés dans notre étude devant une balance bénéfices-risques jugée défavorable.

Notre étude comporte toutefois des limites méthodologiques. Bien que l'étude n'ait inclus que des patients hospitalisés, l'analyse des prescriptions a uniquement porté sur des ordonnances établies en ville par les différents médecins traitants (soins primaires et spécialistes). De plus, tous les patients ayant été hospitalisés les trente et un jours précédents ont été exclus pour s'assurer d'une prescription ambulatoire.

Un biais de recrutement en faveur de patients présentant de lourdes pathologies n'est pas à exclure même si 90% des patients inclus viennent de leur domicile familial ce qui semble bien correspondre à des patients âgés consultant habituellement en médecine ambulatoire. Ce biais ne semble donc pas avoir eu un quelconque impact sur la prévalence de la prescription des antidépresseurs comme énoncé précédemment. Mais il peut expliquer la fréquence élevée de confusion (30%), pour laquelle de manière inattendue, l'étude ne met pas en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes malgré la prise plus importante d'anxiolytiques et neuroleptiques par les patients sous antidépresseurs. Les facteurs étiologiques de cette confusion sont donc probablement le mode d'entrée non programmé à l'hôpital, entraînant une perte des repères environnementaux, ainsi que la gravité et la nature des pathologies motivant l'hospitalisation (AVC, sepsis...). (28)

Un autre point faible de l'étude est l'absence de données sur le devenir des patients après la sortie du service. Ainsi il n'est pas exclu que certains patients aient repris leur traitement antidépresseur arrêté dans le service. Malgré cette absence de suivi à distance, l'arrêt des antidépresseurs au cours de l'hospitalisation (soit 42 sur 103 patients) ne semble pas les exposer à des complications particulières hormis un cas de réaction de sevrage possible. Les modalités d'arrêt du traitement antidépresseur n'étaient pas protocolisées mais laissées à la discrétion des médecins.

Durant notre étude la durée de prise d'antidépresseur et la qualité du prescripteur initial est en général non connue. Cela semble être principalement lié à l'absence d'interrogatoire systématique des patients et des médecins traitants contactés pendant l'hospitalisation ou à l'oubli de ces derniers. Ainsi convient-il de s'interroger sur la possible banalisation de ce type de traitement psychotrope, pourtant pas dépourvu d'effet indésirable. Le rôle du médecin traitant nous semble alors primordial, puisque même s'il n'est pas l'initiateur du traitement, il participe à son renouvellement (26).

## 5. Conclusion

Cette étude montre une prévalence de prescription d'antidépresseurs chez les personnes âgées de plus de 80 ans de 25%, soit plus élevée que la fréquence attendue. Notre étude ne retrouve pas les facteurs déjà décrits comme prédisposant à une fréquence de dépression sévère plus élevée dans la population âgée. Cette sur-prescription semble donc être liée à l'existence d'autres mécanismes.

Nous montrons une association élevée entre la prescription d'antidépresseurs et l'existence de troubles cognitifs sans qu'un lien de causalité ne puisse être précisé. Les troubles cognitifs peuvent entraîner un diagnostic erroné (signes cliniques communs). D'autre part, d'authentiques dépressions induites par un syndrome démentiel ne peuvent être exclues. Cependant l'efficacité des traitements pharmacologiques dans cette situation n'est pas démontrée. De plus ces traitements sont à risque d'effets indésirables par les interactions médicamenteuses auxquelles ils exposent et par les risques de chutes qu'ils induisent. Enfin, une action délétère des traitements antidépresseurs sur les fonctions cognitives ne peut être exclue.

Toutefois ces résultats nécessitent d'être confirmés à plus grande échelle par des études impliquant directement les acteurs de soins primaires.

Le diagnostic de dépression chez le sujet âgé est difficile, et sa prise en charge thérapeutique délicate. L'instauration d'un traitement antidépresseur dans cette situation ne doit pas être banalisée, mais devrait faire suite à une prise en charge spécialisée pluridisciplinaire, évaluant clairement la balance bénéfices-risques du traitement introduit, à réévaluer très régulièrement au cours du suivi par le médecin traitant.

## 6. Références

1. Mitchell PB, Harvey SB. Depression and the older medical patient—When and how to intervene. *Maturitas*. 2014;79(2):153-9.
2. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and Prescribing Quality in Older People. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(10):1516-23.
3. Nessighaoui H, Géniaux H, Dantoine T, Laroche M-L. Médicaments et fragilité chez les personnes âgées. Vers une nouvelle entité : la fragilité pharmacologique ? *Thérapie*. 2016;71(3):275-9.
4. Paille F, Maheut-Bosser A, Hanesse B. Les antidépresseurs dans le traitement de la dépression de la personne âgée: La médecine basée sur les preuves. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2004;4(21):9-34.
5. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1999;174:307-11.
6. Limosin F, Manetti A, René M, Schuster J-P. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2015;15(89):256-61.
7. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord*. 2008;111(2):153-63.
8. Krishnan KRR, DeLong M, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C, et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry*. 2002;52(6):559-88.
9. INSEE. Pyramides des âges – Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143?sommaire=1912926>
10. Heflin MT. Geriatric Health Maintenance [Updated 2018 may 18; cited 2018 Sept 5]. in: UpToDate [Internet]. Available from <https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance>.
11. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2015. 326 pages
12. Gallarda T, Lôi H. Dépression et personnes âgées. *L'Encéphale*. juin 2009;35(3):269-80.

13. Drunat O, Waksman N, Koskas P, Peyneau C. Dépression du sujet âgé : l'affaire du gériatre. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2014;14(83):255-8.
14. Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC. The sources of convergence between measures of apathy and depression. *J Affect Disord*. 1993;28(1):7-14.
15. Andreasen P, Lönnroos E, Euler-Chelpin V, Catarina M. Prevalence of depression among older adults with dementia living in low- and middle-income countries: a cross-sectional study. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):40-4.
16. Steinberg M, Shao H, Zandi P, Lyketsos CG, Welsh-Bohmer KA, Norton MC, et al. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(2):170-7.
17. Bains J, Birks J, Dening T. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(4).
18. Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24(6):461-72.
19. Wang C, Gao S, Hendrie HC, Kesterson J, Campbell NL, Shekhar A, et al. Antidepressant use in the elderly is associated with an increased risk of dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2016;30(2):99-104.
20. Lee CW-S, Lin C-L, Sung F-C, Liang J-A, Kao C-H. Antidepressant treatment and risk of dementia: a population-based, retrospective case-control study. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(1):117-22.
21. Mark TL, Joish VN, Hay JW, Sheehan DV, Johnston SS, Cao Z. Antidepressant Use in Geriatric Populations: The Burden of Side Effects and Interactions and Their Impact on Adherence and Costs. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(3):211-21.
22. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-analysis: I. Psychotropic Drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(1):30-9.
23. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. *Arch Intern Med*. 2009;169(21):1952-60.
24. Daurel-Receveur M, Miremont-Salamé G, Fourrier A, Auriche P, Moore N, Bégau B, et al. Effets indésirables des antidépresseurs chez le sujet âgé : analyse des notifications en France. *Thérapie*. 2005;60(1):61-5.

25. ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2017 [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
26. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H et al. Médicaments psychotropes: consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. *Rev Med Ass Maladie*. 2003;34(2):75-84.
27. Defrancesco M, Marksteiner J, Fleischhacker WW, Blasko I. Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2015;18(10):1-11
28. Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium Risk Factors in Elderly Hospitalized Patients. *J Gen Intern Med*. 1998;13(3):204-12.

**Tableau 1 : Caractéristiques des 402 patients inclus.**

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES *	
Age	88 [85-92]
Pourcentage de femmes	68,2%
Lieu de vie autre que domicile propre	10,7%
Retour dans le lieu de vie usuel	57,5%
Décès dans l'unité	7,2%
EVALUATION COGNITIVE	
Présence de troubles cognitifs	64,4%
Evaluation du MMS	19,5 [14-24] (n=184)
Existence d'une confusion durant le séjour	30,1%
ORDONNANCE USUELLE	
Prescription d'antidépresseur	25,6%
Prescription d'anxiolytique	32,1%
Prescription de neuroleptique	6%
Nombre de traitements prescrits (hors topique, collyre, inhalés)	6 [4-8]

\* variable quantitative exprimée en médiane [25<sup>ème</sup> percentile-75<sup>ème</sup> percentile]

\*\*nombre de sujets évalués précisé si différent.

**Tableau 2 : Comparaison des patients avec ou sans antidépresseur**

Variables étudiées *	Patients sans antidépresseur (n = 299 **)	Patients avec antidépresseur (n = 103**)	Différence statistique
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>			
Age	88 [85-92]	87 [83-90]	
Pourcentage de femmes	66,6%	72,8%	
Nombre de jours dans l'unité	9 [6-14]	10 [6-13]	
Lieu de vie hors domicile propre	9%	15,5%	
Pourcentages de veuvage	60,5%	63,7%	
Patients avec enfants	79,3%	88,3%	p = 0,005
Retour dans le lieu de vie usuel à l'issue du séjour en service	57,5%	57,3%	
Décès dans le service	7,7%	5,8%	
<b>Evaluation cognitive</b>			
Présence de troubles cognitifs	57,9%	83,5%	p < 0,001
Evaluation du MMS	20 [15-24] (n=137)	19 [14-22] (n=47)	
Existence d'une confusion	29,8%	31,1%	

\* variable quantitative exprimée en médiane [25<sup>ème</sup> percentile-75<sup>ème</sup> percentile]

\*\*nombre de sujets évalués précisé si différent

**Tableau 2 : Comparaison des patients avec ou sans antidépresseur (suite).**

Variables étudiées *	Patients sans antidépresseur (n = 299 **)	Patients avec antidépresseur (n = 103**)	Différence statistique
<b>Antécédents connus</b>			
Chutes répétées	19,4%	34,0%	p=0,003
Pathologie psychiatrique avant 65 ans	1,7% (n=208)	11,7%(n=48)	
Accidents vasculaires cérébraux	15,1%	10,7%	
Cardiopathie chronique	56,5%	63,1%	
Insuffisance rénale chronique (Cl < 30 m/min)	5,4%	6,8%	
Diabète de type 2	23,4%	19,4%	
Existence de douleurs chroniques	11%	13,6%	
Néoplasie ou hémopathie en rémission	18,2%(n=220)	23,1%(n=52)	
Néoplasie ou hémopathie active	9,4%(n=215)	9,7%(n=58)	
<b>Ordonnance usuelle</b>			
Prescription d'anxiolytique	25%	51,5%	p<0,0001
Prescription de neuroleptique	4,3%	10,7%	p=0,02
Nombre de traitements prescrits (traitement antidépresseur exclu)	6 [4-8]	7 [5-9]	

\* variable quantitative exprimée en médiane [25<sup>ème</sup> percentile-75<sup>ème</sup> percentile] ;

\*\*nombre de sujets évalués précisé si différent

**Tableau 3 : Analyse du traitement antidépresseur prescrit chez 103 patients.**

DUREE DE PRISE DU TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR	
Durée non connue	76,7%
Initiation du traitement < 1 an	7,8%
Initiation traitement > 5 ans	9,7%
PRESCRIPTEUR INITIAL DU TRAITEMENT	
Prescripteur non connu	81,6%
Médecin généraliste	13,6%
Psychiatre	2,9%
Neurologue	1%
Gériatre	1%
MOLECULES LES PLUS PRESCRITES	
Escitalopram *	35%
Paroxétine *	20%
Venlafaxine	10%
INTERACTIONS AVEC ORDONNANCE USUELLE	
Présence d'un risque d'interaction spécifiée dans le RCP	76,7%
DEVENIR DU TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR EN SERVICE	
Arrêt de tout traitement antidépresseur **	42
Arrêt pour balance bénéfice-risque jugée négative	41
Adaptation de posologie	18
Changement de molécule	1

\* Prescription avec un autre antidépresseur dans un cas

\*\* 1 cas de réaction de sevrage probable identifié

## Annexe 1 : Questionnaire pour tous les patients inclus

### **Etiquette patient**

ou nom/prénom/DDN  
date arrivée hôpital

### **Fiche numéro**

#### **Critères d'inclusion tous présents :**

Age égal ou supérieur à 80 ans	OUI
Patient provenant domicile propre, domicile d'un proche ou institution (avant entrée à l'hôpital)	OUI

#### **Critères d'exclusion tous absents :**

Provenance d'un service (hors SAU/UHCD) ou ne venant pas de son lieu de vie usuel	NON
Hospitalisation dans les 31 jours précédents (y compris SSR, tout passage aux urgences)	NON
Non assuré sécurité sociale	NON

---

**Groupe (à entourer): antidépresseur**

**témoin**

---

### **Les caractéristiques sociodémographiques du patient**

**Date entrée unité :**

**Date sortie unité :**

**Patient vivant**      domicile propre    domicile d'un proche    institution

**Statut civil**      veuve/veuf      en couple    célibataire

**Enfant(s)**      OUI    NON

→ Si OUI    enfant aidant le patient

enfants absents ou décédés

**Entourage familial autre que les enfants**      OUI    NON

**Entourage non familial (amis, voisins)**      OUI    NON

**Code postal du lieu d'habitation usuel:**

**Destination de sortie**    lieu de vie usuel      SSR      court séjour (méd. ou chir.)  
Autres : (réa, ..)      Décès

**Motif d'hospitalisation (= diagnostic principal de sortie de l'unité) :**

*Entourer un seul diagnostic*

AVCi/AIT                      AVCh                      Epilepsie (diagnostic inaugural ou complication)

Démence ou aggravation de démence

Sepsis

Maladie thrombo-embolique veineuse                      IDM/Angor    Décompensation cardiaque

Hyponatrémie

Déshydratation avec ou sans Hypernatrémie

Chute avec fracture ou TC                      Chute sans fracture ni TC

Malaise (syncope, malaise vagal, hypotension orthostatique)

Hémorragie symptomatique (digestive, hématomes sauf AVC, ...)

Anémie

Bilan AEG (avec ou sans diagnostic formel)

Pathologie psychiatrique (angoisse, hystérie, ...)

Effets indésirables médicamenteux :    médicaments psychotropes                      autres classes

Autre (en clair) :

**Comorbidité neurologique présente (connue ou découverte durant l'hospitalisation) :**

Démence sénile type Alzheimer                      OUI    NON

Démence mixte/vasculaire                      OUI    NON

Autre démence ou non étiquetée                      OUI    NON

Maladie de Parkinson sans trouble cognitif                      OUI    NON

**Au cours du séjour existence d'une confusion ?                      OUI    NON**

**IMC                      Score :**                      NON FAIT

**MMSE                      Score :**                      NON FAIT

**Test horloge                      Score :**                      NON FAIT

**Hypotension orthostatique                      Présente                      Absente                      Test non fait**

## **Antécédents**

Chutes répétées	OUI	NON
Dépression avant l'âge de 65 ans	OUI	NON
Troubles psychiatrique (sauf dépression) avant l'âge de 65 ans	OUI	NON
Pathologie psychiatrique apparue après l'âge de 65 ans	OUI	NON
AVC ischémique	OUI	NON
AVC hémorragique	OUI	NON
AVC sans précision	OUI	NON
Cardiopathie (ischémique, valvulaire, ...)	OUI	NON
Néoplasie en rémission depuis moins de 5 ans	OUI	NON
Néoplasie en rémission depuis plus de 5 ans	OUI	NON
Néoplasie évolutive	OUI	NON
Insuffisance rénale chronique avec clairance < 30 ml/min	OUI	NON
Insuffisance respiratoire chronique avec O <sub>2</sub> LD	OUI	NON
Diabète type 2	OUI	NON
Tabagisme actif	OUI	NON
Tabagisme > 10 pa sévéré	OUI	NON
Alcoolisme sévéré	OUI	NON
Alcoolisme présent (selon définition OMS : plus de 3 verres par jour)	OUI	NON
Syndrome douloureux chronique	OUI	NON

## **Traitements usuels dans le lieu de vie**

**Anxiolytique** OUI NON

**Neuroleptique** OUI NON

**Thymorégulateur** OUI NON

**Liste des médicaments usuels pris par voies orale ou parentérale (dci ou nom commercial) :**

**NOMBRE TOTAL DE MEDICAMENTS PRIS : NOMBRE TOTAL SANS ANTIDEPRESSEURS :**

## Annexe 2 : Questionnaire pour le groupe « antidépresseur »

**A remplir si « Groupe Antidépresseur »**

**Ancienneté prise antidépresseurs :**

Moins de 1 an                      Entre 1 et 3 ans                      Entre 3 et 5 ans  
Plus de 5 ans                      Non connue

**Prescription initiale par :**

MG                      Psychiatre                      Neurologue  
Gériatre                      autre spécialiste                      non connue

**Renseigner DCI du traitement + posologie totale en mg/Jour :**

**Avis neurologique/psychiatrique évaluant le traitement antidépresseur :**

OUI                      NON

**Interaction connue (=RCP Vidal) entre antidépresseur et un ou plusieurs médicaments usuels ?**

OUI                      NON

**Si OUI quelle classe ?**

Cardiovasculaire hors anticoagulants

AVK      AOD

Psychotrope (bzd, antidépresseurs, neuroleptiques)

Antiépileptique

Autre (en clair)

**Poursuite d'un traitement antidépresseur à la sortie du service**                      **OUI**    **NON**

→ Si NON, arrêt pour balance bénéfique/risque estimée défavorable ?                      OUI    NON

→ Si NON, arrêt brutal du traitement (ex : trouble déglutition sur AVC) ?                      OUI    NON

→ Si NON, arrêt progressif instauré dans l'unité ?                      OUI    NON

→ Si NON, réaction de sevrage ?                      OUI    NON

→ Si OUI, adaptation de la posologie ?                      OUI    NON

→ Si OUI, changement de classe d'antidépresseur ?                      OUI    NON

→ Si OUI, DCI+ posologie totale en mg/Jour :

# SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.**

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera**. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

**Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés**. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

**Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission**. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

**J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.**

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.**



## **Estimation de la prévalence de la prescription des antidépresseurs en médecine ambulatoire chez les personnes âgées de plus de 80 ans.**

### RESUME

**INTRODUCTION** : Le diagnostic de dépression chez le sujet âgé est difficile. La fréquence est estimée aux alentours de 10 à 15%. L'objectif de l'étude est d'estimer la prévalence de la prescription des antidépresseurs chez les patients âgés de plus de 80 ans en médecine ambulatoire et d'en isoler les facteurs sociaux et médicaux associés. **METHODES** : Une étude observationnelle, analytique, prospective et monocentrique a été dirigée par l'unité de Médecine Interne – Post Urgences du CHU de la Timone à Marseille de Mars 2016 à Mars 2017, incluant les patients hospitalisés âgés de 80 ou plus en provenance de leur lieu de vie usuel (exclusion des patients transférés d'un autre service ou hospitalisés récemment). Les données sociodémographiques et médicales ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire. Deux groupes de patients, avec et sans antidépresseur, ont été constitués dont les caractéristiques ont été comparées. **RESULTATS** : 402 patients ont été inclus d'âge médian de 88 ans. La prévalence de la prescription des antidépresseurs était de 25%, et elle était associée à un risque de chutes ( $p < 0,03$ ), à la présence de troubles cognitifs ( $p < 0,001$ ), et à une co-prescription d'anxiolytiques ( $p < 0,0001$ ) et de neuroleptiques ( $p = 0,002$ ). Dans 77% des cas une interaction médicamenteuse potentielle était retrouvée entre l'antidépresseur et au moins un des autres médicaments présents sur l'ordonnance usuelle. **CONCLUSION** : La prévalence de prescription d'antidépresseurs est retrouvée dans cette étude plus élevée que la fréquence de dépression sévère dans cette tranche d'âge, et associée à la présence de troubles cognitifs.

**MOTS CLES** : soins primaires, antidépresseurs, dépression, personnes âgées, troubles cognitifs

## **Estimate of prevalence of the prescription of antidepressants in people aged 80 and over in ambulatory medicine.**

### ABSTRACT

**INTRODUCTION**: Depression in the elderly is a complex diagnosis. its frequency estimated at 10 to 15%. The objective of the study is to estimate the prevalence of the prescription of antidepressants in outpatients aged 80 and over and to identify the associated social and medical factors. **METHODS**: An observational, analytical, prospective and monocentric study was conducted in the Internal Medicine - Post Emergency Department of the teaching hospital La Timone in Marseilles from March 2016 to March 2017, including hospitalized patients aged 80 or above coming from their usual place of life (patients transferred from another department or hospitalized recently were excluded). Using a questionnaire, socio-demographic and medical data were analyzed. Two groups of patients, with and without antidepressant, were compared. **RESULTS**: 402 patients were included, with a median age of 88 years. Prevalence of antidepressant prescription was 25%, and was associated with a risk of falls ( $p < 0,03$ ), with the presence of cognitive disorders ( $p < 0,001$ ), and a co-prescription of anxiolytics ( $p < 0,0001$ ) and neuroleptics ( $p = 0,002$ ). In 77% of the cases, a potential drug interaction was found between the antidepressant and at least one of the other drugs on the usual prescription. **CONCLUSION**: The prevalence of prescription antidepressants is found in this study to be higher than the frequency of severe depression in this age group, and associated with the presence of cognitive disorders

**KEY WORDS**: primary care, antidepressants, depression, elderly, cognitive disorders