



**HAL**  
open science

# Dépression du sujet âgé : diagnostic et prise en charge globale chez les psychiatres en France

Cécilia Renou

► **To cite this version:**

Cécilia Renou. Dépression du sujet âgé : diagnostic et prise en charge globale chez les psychiatres en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03403743

**HAL Id: dumas-03403743**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03403743>**

Submitted on 26 Oct 2021

**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.

**Dépression du sujet âgé : diagnostic et prise en charge globale chez les  
psychiatres en France**

**T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 6 Octobre 2021**

**Par Madame Cecilia RENO**

**Née le 11 juin 1991 à Marseille 08eme (13)**

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

**D.E.S. de PSYCHIATRIE NR OPTION PERSONNE AGE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur LANÇON Christophe</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur ALDEBERT Bernard</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur FAJULA Claire</b>	<b>Directrice</b>
<b>Monsieur le Docteur SI AHMED Lionel Lyes</b>	<b>Co-Directeur</b>

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
<b>Asseseurs :</b>		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

**Directeur** : **Pr. Bruno FOTI**

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso-kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
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  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## 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



## EMERITAT

### 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	VIALETTE 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

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

# EMERITAT

M. le Professeur

NAZARIAN Serge

31/08/2021

## Honoris causa

<b>1967</b>	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b>	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b>	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b>	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b>	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b>	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b>	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b>	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b>	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b>	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b>	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
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)
<b>1989</b>	
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.)

**2000**

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur  
Sir

T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

# PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

## 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 retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

## PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUYS Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia



## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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 détachement*

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique ( <i>disponibilité</i> )
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

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

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS 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)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (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) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
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)  
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)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)  
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 Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE**

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)  
PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
TABOURET Emeline (MCU-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 VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
*VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement*  
DARIEL Anne (MCU-PH)  
FAURE Alice (MCU-PH)  
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)  
  
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

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

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

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

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

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

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

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

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2020) FUENTES Stéphane (PU-PH)

**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**

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-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)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)



RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

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

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

**HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801**

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)  
  
HRAIECH Sami (MCU-PH)

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

# Remerciements

## **À madame le professeur Sylvie Bonin-Guillaume,**

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury. Je suis reconnaissante de toute l'aide que vous avez apporté dans l'élaboration de ce projet, de vos conseils et de votre soutien indéfectible tout au long du processus de mon travail de thèse.

## **À monsieur le professeur Christophe Lançon,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury mais également d'avoir porté une attention toute particulière aux choix des internes depuis la réforme de 2017 et de m'avoir ainsi permis d'obtenir des stages ciblés sur la psychiatrie de la personne âgée.

## **À monsieur le docteur Bernard Aldebert,**

Je vous remercie d'avoir favorablement répondu à ma demande de participer à ce jury et de m'avoir soutenu au cours de mon externat et internat.

## **À madame le docteur Claire Fajula,**

Je te remercie de m'avoir sensibilisée à la psychiatrie du sujet âgé, de m'avoir ouvert ta porte en tant que directrice, d'avoir complété mes connaissances tout en m'accordant ta confiance, pour tes conseils professionnels et personnels, pour ta motivation et bienveillance auprès de nos aînés.

## **À monsieur le docteur Lionel Lyes Si Ahmed,**

Je te remercie de nous avoir rejoints dans ce travail et de m'avoir accueillie si aisément dans ton équipe, pour ta confiance également, pour ta passion et ta bienveillance.

## **À madame le docteur Sylvie Arlotto,**

Je te remercie pour ta patience, ton aide précieuse dans la méthodologie et l'analyse statistique, et pour m'avoir laissé ta porte toujours ouverte.

**Et merci également :**

**À l'homme de vie,**

D'être apparu par hasard et d'être resté auprès de moi. Tu es le plus beau cadeau que le monde de la psychiatrie m'ait offert.

**À ma famille,**

Mes parents pour m'avoir offert la possibilité de m'épanouir pleinement et de m'avoir soutenu dans mes objectifs.

Mes sœurs, Jessica pour avoir été mon ancre pendant mes années d'études parfois difficiles, et Laetitia pour avoir été à l'écoute avec toute ta sensibilité.

Mes grands-parents, dont le souvenir était présent pendant tout ce travail.

Babeth pour ta relecture et à toi, Dédé et Emilie d'être présents ce jour.

Hélène pour tes réponses qui me manquaient cruellement et ton soutien persistant dans mon cursus.

Isabelle pour tes délires.

**À mes amis et quasi-famille, merci d'avoir tous répondu présents à un moment charnière,**

Anne-Laure pour ta disponibilité inégalable depuis le primaire.

Cédric pour ta ténacité depuis le primaire.

Maria pour être la personne qui fonctionne exactement comme moi depuis le primaire.

Nela pour ta présence depuis le collège.

Arnaud pour nos fous rires.

Nicolas pour ta gentillesse.

Adel pour nos smiley poop.

Michel et Stéphane pour m'avoir si facilement accepté dans votre famille et d'être toujours présents à ce jour.

Françoise pour ton soutien et ta présence.

### **À mes collègues de travail,**

Tous les seniors qui m'ont tant appris sur le plan professionnel et humain, Dr Emmanuelle Pagnier, le Dr Sandrine Limousin, le Dr Julien Testart, le Dr Anne Palomba, le Dr Alexia Frison-Ramard, le Dr Dalia El Ferahi, le Dr Sonia Ho et bien d'autres.

Mes co-internes, pour leur solidarité et amitié, de la toute première Agathe à mes derniers Tanguy et Zelia.

Et tous mes co-workers de tout bord et de toute origine dont leur apport dans ma pratique et mes connaissances spécifiques et non spécifiques n'est pas négligeable, toute l'équipe du service du Dr Zendjidjian, l'équipe du service de l'Etoile, Gaëlle, Valentine, Georges, et plus récemment la team big love de l'EMPPA de Martigues.

**Merci également aux patients** qui m'ont rendu meilleure.

**Merci aux différentes associations** d'avoir accepté de diffuser mon questionnaire et **à tous les médecins** qui ont eu le courage de compléter le questionnaire et d'apporter ainsi une pierre à mon travail.

## Table des matières

I-	Introduction .....	4
A-	Dépression du sujet âgé : généralités.....	4
B-	Aspects cliniques .....	6
1)	Syndrome dépressif.....	6
2)	Particularités sémiologiques.....	8
3)	Masques dépressifs.....	9
4)	Difficultés diagnostiques.....	11
C-	Prise en charge.....	11
D-	Formation à la psychiatrie de la personne âgée en France .....	14
II-	Matériel et Méthodes.....	17
A-	Recherche bibliographique .....	17
B-	Type d'étude .....	17
C-	Population étudiée .....	18
D-	Questionnaire .....	18
E-	Recueil de données .....	20
F-	Analyse des données .....	25
III-	Résultats.....	27
A-	Caractéristiques de la population étudiée .....	27
B-	Diagnostic.....	31
1)	Taux de diagnostic .....	31
2)	Recours aux échelles .....	32
3)	Caractéristiques des psychiatres utilisant les échelles .....	34
4)	Diagnostic différentiel .....	40
C-	Recours au spécialiste.....	41
1)	Sollicitation d'une autre spécialité.....	41

2) Intensité des arguments pouvant influencer le choix de l'orientation ou non à une autre spécialité .....	43
D- Prise en charge.....	47
1) Initiation d'un traitement antidépresseur.....	47
2) Intensité des arguments pouvant influencer le choix de la prescription ou non d'un traitement antidépresseur.....	48
3) Prise en charge associée .....	51
E- Comparaison entre médecins « seniors » et internes.....	57
1) Caractéristiques.....	57
2) Diagnostic de dépression, orientation au spécialiste et prise en charge.....	57
F- Comparaison entre les formés et les non formés à la psychiatrie de la personne âgée .....	60
1) Caractéristiques.....	60
2) Diagnostic de dépression, orientation au spécialiste et prise en charge.....	60
IV- Discussion .....	64
A- Diagnostic de dépression.....	64
B- Orientation .....	64
C- Prescription d'antidépresseurs et prise en charge associée.....	66
D- Impact et limites de la formation .....	69
E- Difficultés des internes.....	71
F- Forces de l'étude .....	72
G- Limites de l'étude.....	72
V- Conclusion.....	74
VI- Résumé .....	76
Références .....	77
Annexes.....	83
Annexe 1 : Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-V .....	83
Annexe 2 : Questionnaire (exemple du cas clinique n°1).....	84
Annexe 3 : Orientation : spécialité ciblée .....	94

Annexe 4 : Figure 11 : Répartition de l'intensité des arguments en faveur de l'orientation .....	95
Annexe 5 : Figure 12 : Répartition de l'intensité des arguments en défaveur de l'orientation .....	98
Annexe 6 : Figure 15 : Répartition de l'intensité des arguments en faveur de la prescription d'un traitement antidépresseur .....	101
Annexe 7 : Figure 16 : Répartition de l'intensité des arguments en défaveur de la prescription d'un traitement antidépresseur .....	103
Annexe 8 : Prise en charge associée .....	105
Annexe 9 : Comparaison de la prise en charge : prescription d'antidépresseurs vs absence de prescription .....	108
Annexe 10 : Comparaison de la prise en charge parmi les sous-groupes : Formés/Non formés et médecins « seniors »/internes .....	112
Annexe 11 : Comparaison des arguments pour/contre l'antidépresseur entre les médecins « seniors » et les internes dans la dépression mélancolique .....	120
Annexe 12 : Comparaison des arguments pour/contre l'orientation entre les formés et les non formés dans la dépression mélancolique et comparaison des spécialités choisies .....	122
Annexe 13 : Comparaison des arguments pour/contre l'antidépresseur entre les formés et les non formés dans la dépression caractérisée post-deuil .....	125
Annexe 14 : Comparaison des arguments pour/contre l'antidépresseur entre les formés et les non formés dans le masque somatique .....	127
Abréviations .....	129



## I- Introduction

### A-Dépression du sujet âgé : généralités

La dépression du sujet âgé est fréquente et s'accompagne d'une évolution plus défavorable que celle de l'adulte, avec un risque de perte d'autonomie, d'altération de la qualité de vie tant pour la personne que pour ses aidants, et d'une surmortalité, soit par aggravation des comorbidités somatiques préexistantes, soit par suicide (1). Elle devient un véritable problème de santé publique dans le contexte du vieillissement de la population. Selon l'INSEE, au 1<sup>er</sup> janvier 2020, les individus de 65 ans et plus représentaient 20,5% de la population et les projections estiment, qu'en 2070, la population augmenterait de 10,7 millions d'habitants, comprenant 10,4 millions d'individus de 65 ans ou plus, avec deux fois plus de sujets de 75 ans ou plus qu'en 2013 (2).

La prévalence de la dépression du sujet âgé est très variable selon les études, en lien avec notamment l'âge-seuil retenu, les méthodes diagnostiques utilisées, le lieu de vie (communauté ou EHPAD) ou encore les comorbidités (dont les troubles cognitifs). Cette prévalence est estimée entre 1 à 4% en population générale, autour de 20% en hospitalisation, et jusqu'à 40% en institutionnalisation (3). Dans une méta-analyse de 2010, incluant des études avec des populations institutionnalisées ou la présence de troubles cognitifs, Luppia retrouve une prévalence de l'épisode dépressif caractérisé variant entre 4,6% et 9,3% chez les plus de 75 ans (4). En France, dans les études réalisées en population générale, la dépression touche 11,3% des plus de 75 ans (5). À noter que Luppia avait également évalué la prévalence des autres troubles dépressifs (ie la dysthymie, la dépression mineure, la dépression subsyndromique ou encore les troubles de l'adaptation) et ceux-ci variaient de 4,5% à 37,4% (4). S'ils sont également importants à prendre en compte, c'est du fait de leur retentissement fonctionnel, considéré comme pouvant être comparable à celui de l'épisode dépressif caractérisé, et

de leur risque d'évolution vers un tel épisode et à l'ensemble de ses complications potentielles. Les résultats d'une revue conduite en 2010 retrouvaient que 8 à 10% des sujets âgés présentant une dépression subsyndromique évoluaient vers un épisode dépressif caractérisé chaque année (6).

Les conséquences de la dépression touchent de multiples domaines avec un coût certes sociétal mais surtout individuel. La personne âgée touchée par la dépression, en plus de sa qualité de vie altérée, présente un risque d'altération fonctionnelle et cognitive, avec une perte d'autonomie, une aggravation dans l'évolution de ses comorbidités somatiques (notamment retrouvée en cas de coronaropathie, de diabète ou de BPCO) et un risque de mortalité précoce (7). L'évolution est souvent plus défavorable que chez l'adulte jeune, avec une tendance à la chronicisation et avec des rechutes plus fréquentes (8). Le pronostic après 6 ans a été récemment étudié à partir de la cohorte NESDO (The Netherlands Study of Depression in Older Persons). A 6 ans, parmi les sujets atteints de dépression au début de l'étude, 46,8% avaient été perdus de vue (en lien essentiellement avec la mortalité et la dégradation cognitive), 15,9% avaient une évolution défavorable (chronique ou avec récurrences), 24,6% étaient en rémission partielle et seuls 12,7% d'entre eux étaient guéris (9). Le risque relatif de mortalité parmi les patients atteints de dépression était de 2,5 (95%, intervalle de confiance [1.26–4.81]) par rapport aux patients indemnes de dépression au début du suivi. La question de la mortalité conduit fatalement à la question du suicide qui n'épargne pas nos aînés. Vingt-huit pourcent des décès par suicide concernent des individus de plus de 65 ans, mais le ratio de tentatives de suicide pour un suicide abouti est encore plus parlant. En effet, alors qu'il est de 200/1 chez les moins de 25 ans, il atteint 4/1 chez les plus de 65 ans (10). Et plus précisément chez l'homme âgé, ce ratio effleure le chiffre 1. Enfin, au niveau sociétal, la dépression du sujet âgé est coûteuse en termes de soins avec des hospitalisations plus longues et plus fréquentes, même pour les hospitalisations pour raisons somatiques en cas de dépression associée. Elle peut également être l'élément précipitant de l'entrée en institution, notamment en cas de trouble neurocognitif préexistant (11, 12).

## B-Aspects cliniques

### 1) Syndrome dépressif

Le syndrome dépressif est un trépied composé d'une humeur dite dépressive, d'un ralentissement psychomoteur et de signes somatiques (13). Chacun de ses piliers s'exprime avec une intensité variable d'un individu à l'autre mais également au cours de l'évolution du même épisode chez un individu donné.

- L'humeur dépressive est pathologique par sa durée, son intensité et sa réactivité aux stimuli de l'entourage et de l'environnement. Ce n'est pas tant la polarité négative de l'humeur qui serait à évaluer, mais plutôt son absence de réactivité aux stimuli plaisants et agréables. En effet, dans la mélancolie, plutôt qu'un sentiment de tristesse, les patients présentent souvent une anesthésie affective, c'est-à-dire une incapacité à éprouver des sentiments, souvent vécue avec douleur. S'ajoutent à la tristesse, l'anhédonie (la difficulté à ressentir du plaisir), la perte des intérêts, le manque d'envie. L'ensemble constitue la perte de l'élan vital. La vision pessimiste de soi et du monde redéfinit le passé, celui-ci devenant source de remords, de reproches et de culpabilité. Le quotidien est douloureux. Les secondes, les minutes et les heures ralentissent. Le lever apparaît sans intérêt et le sommeil, lorsqu'il est présent, comme une échappatoire à la souffrance omniprésente. Le futur ne prédit que malheur. Finalement, le désespoir apparaît, l'idée d'incurabilité s'immisce. Les idées deviennent plus sombres, allant de l'envie de mourir (avoir une maladie grave, s'endormir et ne plus se réveiller) au véritable scénario suicidaire, la mort apparaissant comme la seule solution pour mettre fin à ce supplice constant, souvent incompris par son entourage.
- Le ralentissement psychomoteur s'exprime par un manque d'énergie, une fatigue maximale au réveil, sans amélioration malgré le repos, s'accompagnant de la simple indécision avec manque d'initiative à l'aboulie et à la clinophilie. Le manque d'enchaînements des idées conduit à une raréfaction de la parole, voire au mutisme,

avec des ruminations autour des mêmes préoccupations. Les capacités mnésiques et de concentration sont altérées.

- Le syndrome somatique comprend une atteinte des fonctions dites instinctuelles que sont le sommeil, l'appétit et la sexualité. Les troubles du sommeil comprennent essentiellement des difficultés d'endormissement en lien avec les ruminations, mais également un sommeil haché, de mauvaise qualité, et classiquement un réveil matinal précoce. L'appétit souvent diminué peut entraîner une perte de poids. Peuvent être présents à l'inverse une hypersomnie et une augmentation de l'appétit.

La mélancolie est la forme la plus sévère de dépression. C'est un « état de dépression intense vécu avec un sentiment de grave douleur morale et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices » (14). Elle s'illustre par un ralentissement psychomoteur majeur, parfois de forme stuporeuse, avec une atteinte sévère des fonctions instinctuelles (anorexie, éveil matinal précoce) et des idées de culpabilité, de ruine, d'indignité voire d'incurabilité. Elle peut se compléter par des éléments délirants, congruents à l'humeur, voire revêtir le syndrome de Cotard. Au contraire, la mélancolie anxieuse s'accompagne d'une agitation stérile avec un risque important de raptus suicidaire.

Selon le DSM-V, on peut évoquer une dépression lorsque l'humeur dépressive précédemment décrite est quasi-quotidienne et persiste après 2 semaines (15). Le DSM-V a ainsi décrit 9 symptômes dont au moins 5 sont suffisants au diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé, et comprenant nécessairement l'humeur dépressive et/ou la perte d'intérêt ou du plaisir (**Annexe 1**).

L'utilisation du DSM-V à visée diagnostique dans la pratique clinique est décrite auprès de certains psychiatres et d'autant plus en psychiatrie de la personne âgée, la 5<sup>ème</sup> édition s'intéressant à nouveau assez peu à cette catégorie d'âge (16). De plus, la dépression du sujet âgé présente des particularités sémiologiques par rapport au sujet jeune (17).

## 2) Particularités sémiologiques

Le sujet âgé exprime peu sa tristesse et verbalise plutôt un sentiment de lassitude, voire présente une indifférence ou devient plus irritable.

La perte d'intérêt et de plaisir pour les activités habituelles est plus marquée, mais peut être difficile à évaluer en cas de perte d'autonomie associée (18).

La plainte algique est plus fréquente avec une tendance à l'hypocondrie, autour de douleurs ostéoarticulaires ou digestives notamment. Il peut être difficile de ne pas attribuer cette douleur à une comorbidité somatique préexistante. Elle doit cependant alerter en l'absence de cause somatique retrouvée (19).

Les atteintes des fonctions instinctuelles s'accompagnent plutôt d'une perte d'appétit que d'une augmentation, et d'un raccourcissement du sommeil plutôt que d'une hypersomnie.

La plainte cognitive est fréquente, angoissante car elle ramène le sujet à la crainte d'une maladie neurodégénérative sous-jacente. Cependant, en dehors d'une telle pathologie associée, il existe régulièrement une discordance entre la plainte et la profondeur des troubles constatés.

Les idées délirantes, notamment de persécution, de vol ou de ruine accompagnent plus fréquemment l'épisode.

La mélancolie et le syndrome de Cotard sont plus fréquents. En effet, le syndrome de Cotard est une forme qui se voit notamment dans les populations au-delà de 55 ans et qui s'accompagne d'une évolution plus longue en l'absence de traitement (20). Chez le sujet âgé, il s'agit classiquement d'un délire de négation d'organe touchant la nutrition ou la digestion avec la croyance erronée que l'estomac ne digère plus ou que les intestins ne fonctionnent plus (21).

### 3) Masques dépressifs

La dépression du sujet âgé peut également revêtir différentes formes et s'éloigner du tableau typique de l'épisode dépressif caractérisé observable chez l'adulte. Ont été décrits 8 tableaux nommés « masques dépressifs » dans lesquels la douleur morale va s'exprimer par des symptômes physiques au premier plan sans verbalisation de tristesse de l'humeur, voire un déni de celle-ci (3, 17, 18).

Le masque somatique peut avoir pour seul symptôme la plainte algique. Le sujet nie tout sentiment de tristesse et attribue la limitation de ses activités à ses douleurs.

Le masque hypocondriaque est une forme anxieuse où le sujet se plaint d'un mauvais fonctionnement organique et enchaîne les examens et consultations avec revendication.

Le masque délirant se construit autour d'idées délirantes essentiellement de préjudice, de persécution voire de jalousie, généralement de mécanisme interprétatif et imaginatif, mais parfois également avec des hallucinations auditives ou visuelles. Il n'existe pas d'éléments en faveur d'une pathologie psychotique sous-jacente, notamment pas de désorganisation ni d'hallucinations intrapsychiques.

Le masque hostile est marqué par un changement brutal du caractère de la personne qui devient agressive, y compris vis-à-vis de son entourage, émotionnellement labile, susceptible, avec des accès d'agitation, et opposante aux soins.

Le masque anxieux est généralement déclenché par un événement de stress, notamment traumatique. Une inquiétude permanente est entrecoupée de paroxysmes anxieux sans cause identifiée. De façon plus extrême, le sujet peut être physiquement inhibé, n'usant que de piétinement et de ruminations, alors que son psychisme est empreint de ruminations.

Le masque confusionnel est une continuité ascendante du masque anxieux où les propos du sujet âgé peuvent paraître incohérents et celui-ci désorienté. Il n'y a pas de d'altération de la vigilance ni d'hallucinations mais plutôt des interprétations erronées de la réalité.

Le masque conatif a pour maître symptôme la démotivation. Le sujet se désengage sur le plan affectif et relationnel, néglige son environnement et lui-même, entraînant régression et dépendance, avec un refus alimentaire et aux soins, ou une passivité extrême. Il s'agit d'une forme fréquente en institution.

Le masque démentiel se démarque par une perte brutale de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Cependant, il existe une conscience et une plainte des difficultés que l'on ne retrouve pas dans les maladies neurodégénératives où ces dernières sont plutôt minimisées. Par ailleurs, le sujet âgé déprimé présente des troubles mnésiques portant sur les faits récents mais également anciens, avec des difficultés de recherche active (manque du mot, altération du calcul au MMSE). Le test des 5 mots de Dubois peut permettre d'orienter. Le sujet âgé déprimé va présenter des difficultés en rappel libre comme dans la maladie d'Alzheimer, mais contrairement à ce dernier, va pouvoir bénéficier de l'indiçage (3). La symptomatologie cognitive s'améliore sous antidépresseur ce qui a conduit certains auteurs à proposer le traitement antidépresseur comme test thérapeutique en cas de doute. Malgré l'amélioration, 40% des sujets présentant cette forme évolue vers une authentique démence sous 3 ans (22). Le lien entre dépression et démence est encore incertain et 4 hypothèses s'entrelacent : la dépression comme facteur de risque de démence, la dépression comme symptomatologie prodromale de démence, le partage de facteurs de risque communs entre dépression et démence ou encore la réaction dépressive face au déclin cognitif débutant (23). Enfin, la survenue d'une dépression pourrait affecter le seuil de manifestation d'une démence chez un sujet dont la réserve cognitive diminue mais dont les capacités psychiques lui permettaient jusqu'alors de compenser. Il semblerait que les dépressions inaugurales tardives soient plus à risque d'évoluer vers une démence, plutôt que les dépressions de l'adulte jeune avec une récurrence tardive (24). Il est ainsi conseillé de prévoir une consultation avec un neurologue en vue d'un bilan mémoire à distance de tout premier épisode dépressif d'apparition tardive (25).

#### 4) Difficultés diagnostiques

Ces particularités sémiologiques, ces formes masquées, mais également l'existence d'idées préconçues liées au vieillissement entraînent une difficulté diagnostique. En effet, il peut être encore faussement admis que le vieillissement s'accompagne indéniablement de tristesse et d'une perte des intérêts, que l'indifférence est une forme de sagesse, que le deuil d'un conjoint doit faire respecter une dépression conséquente même plusieurs années après, que le sujet âgé a suffisamment vécu avec une banalisation des idées macabres et suicidaires verbalisées. Le ralentissement psychomoteur, les troubles du sommeil, la perte d'appétit peuvent être attribués à tort au vieillissement normal. La plainte algique peut être noyée parmi les symptômes d'une comorbidité somatique préexistante.

Le diagnostic de la mélancolie chez le sujet âgé n'est pas si aisé. Celle-ci peut être confondue avec une maladie de Parkinson, par le partage de symptômes similaires (ralentissement psychomoteur, hypomimie) et par une intrication fréquente (26).

Ainsi, moins de la moitié des dépressions du sujet de plus de 65 ans sont diagnostiquées auprès des spécialités somatiques (27, 28).

#### C-Prise en charge

La prise en charge de la dépression du sujet âgé n'est pas l'apanage du psychiatre. En effet, la personne âgée se déplace plus volontiers auprès de son médecin généraliste auquel elle accorde sa confiance. De façon générale, le médecin traitant est la voie de premiers recours en cas de problème de santé mentale et il initie un traitement antidépresseur dans 90% des cas (29). Deux tiers des sujets âgés avec suicide abouti avaient consulté leur médecin généraliste dans le mois précédent et la moitié d'entre eux 10 jours avant le geste (30). Les médecins généralistes ont rapporté rencontrer des difficultés d'accès aux services spécialisés de psychiatrie. D'après une enquête réalisée



en France auprès des médecins généralistes concernant la prise en charge de la dépression sans critère d'âge, ceux-ci orientaient notamment au psychiatre dans le but d'un avis d'instauration thérapeutique et d'évaluation du risque suicidaire (31). Ils rapportaient faire face à un défaut d'accessibilité, d'obtention de rendez-vous rapide et d'un manque d'informations en retour. Chez le sujet âgé, une limite supplémentaire provient de la personne elle-même qui peut encore souvent voir la dépression comme appartenant au domaine de la « folie ». En cas d'hospitalisation ou en institution, la dépression fait également intervenir le gériatre qui a notamment toute sa place en cas de comorbidités somatiques ou de dépendance physique et/ou cognitive (32). Enfin, le neurologue, dans le suivi des maladies neurodégénératives, fait également souvent face à la dépression du sujet âgé.

La prise en charge s'adapte à l'intensité de l'épisode :

- Dans les formes légères à modérées, la psychothérapie a montré son efficacité. Par ailleurs, Cuijpers a montré dans une méta-analyse de 2014 que l'association psychothérapie/antidépresseur était deux fois plus efficace que l'un ou l'autre utilisé isolément (33). La thérapie de résolution de problèmes, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies interpersonnelles ont prouvé leur efficacité dans le traitement de la dépression du sujet âgé (34).
- La prescription du traitement antidépresseur intervient dans les formes modérées à sévères. La CANMAT a rédigé des recommandations sur la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé avec un volet dédié à la personne âgée (35). Elle recommande une vigilance pharmacologique après 75 ans avec le respect de la règle du « Start low and go slow ». En effet, les modifications physiologiques liées au vieillissement entraînent une plus grande fréquence de certains effets indésirables (hyponatrémie, effet anticholinergique, sédation, hypotension orthostatique, ...). Cependant, cette règle n'empêche pas d'augmenter la posologie jusqu'à la dose usuelle du sujet jeune tant que le traitement est bien toléré. L'efficacité du traitement antidépresseur chez le sujet âgé a été remise en cause pendant plusieurs années mais les méta-analyses les plus récentes ont montré une efficacité comparable à

celle du sujet jeune avec un taux de réponse proche de 50% et un taux de rémission de 33% (36).

Les données de la littérature sont controversées concernant l'impact cognitif des antidépresseurs sur le sujet âgé. Certaines études observationnelles ont retrouvé une association entre l'utilisation d'antidépresseurs et la survenue d'une démence, même plusieurs dizaines d'années avant, et d'autres études au contraire ont retrouvé un retard d'entrée dans la démence en cas de traitement antidépresseur pris au long cours (37). Cependant, ces études observationnelles sont limitées par de potentiels facteurs confondants. Même si l'on craint une évolution inéluctable vers la démence en cas de premier épisode dépressif chez le sujet de plus de 65 ans, son traitement, notamment par antidépresseur, permettrait au sujet de mieux mobiliser ses capacités cognitives et de maintenir les stimulations sociales et intellectuelles lui permettant si ce n'est d'éliminer, d'au moins repousser l'entrée dans la démence.

- Dans les formes sévères et/ou dans les formes délirantes, la sismothérapie est un traitement de choix. En dehors de tout critère d'âge, une récente méta-analyse a étudié les facteurs prédictifs de réponse et de rémission de la sismothérapie dans la dépression (38). La présence de symptômes psychotiques et l'âge d'autant plus élevé étaient des facteurs prédictifs de réponse et de rémission. La sévérité de l'épisode était un facteur prédictif de réponse. L'efficacité de la sismothérapie chez le sujet âgé est supérieure à celle du traitement antidépresseur, entre 60 et 80% (39), et son délai d'efficacité est plus court que celui-ci (40). Cependant, en l'absence de tout autre traitement associé, il existe un risque de rechute. Une récente étude observationnelle a montré un taux de rechute post-sismothérapie à 6 mois plus faible chez les patients âgés ayant présenté une forme psychotique de dépression (41).

La prise en charge doit être globale, comprenant la promotion des règles hygiéno-diététiques (mesures nutritionnelles, activité physique adaptée, hygiène du sommeil), des mesures sociales et une lutte contre l'isolement (club senior, aides à domicile).

Dans la pratique, la prise en charge reste imparfaite. En effet, le traitement antidépresseur est insuffisamment prescrit. Barry et son équipe a mis en évidence que même en cas de suivi avec des professionnels de la santé mentale, seule la moitié des dépressions du sujet âgé étaient traitées par antidépresseur (42). Il a relevé les facteurs associés à un plus grand risque de ne pas recevoir de traitement antidépresseur. Il s'agissait du haut niveau socio-économique, de l'altération cognitive et de la fragilité physique. Lorsque le traitement antidépresseur est prescrit, il l'est régulièrement à une dose ou sur une durée insuffisante (43). Pourtant, Kok a mis en évidence dans une méta-analyse que maintenir le traitement permettait de prévenir la récurrence et les récurrences (44). Le consensus actuel est de le maintenir 1 an après la rémission en cas de premier épisode, et d'autant plus longtemps qu'il y a eu d'antécédents, voire au long cours après le 3<sup>ème</sup> épisode. Par ailleurs, les anxiolytiques et les hypnotiques sont encore régulièrement les seules molécules prescrites.

## D-Formation à la psychiatrie de la personne âgée en France

Après une longue phase d'indifférence entre la période gréco-romaine et le XIX<sup>ème</sup> siècle, les pathologies liées au vieillissement posent à nouveau question mais se portent essentiellement sur la démence (45). Le questionnement d'un lieu dédié à la prise en charge des personnes âgées apparaîtra au cours de la révolution industrielle où la croissance démographique et l'exode rural pousseront les sujets âgés pauvres dans les hospices puis dans les asiles lors de leur création. Esquirol évoquera alors le besoin de la création d'asiles réservés à la « vieillesse indigente ». Par la suite, la pathologie mentale du sujet âgé sera très souvent réduite à la démence et les altérations cognitives seront un motif fréquent d'admission dans les asiles. Ce mouvement se poursuivra dans les hôpitaux psychiatriques à la fin de l'ère asilaire.

Les premiers travaux s'intéressant aux pathologies mentales en lien avec le vieillissement apparaissent dans la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. C'est ainsi

qu'apparaît la « gériatrie » en 1909, terme créé par Nasher. Les psychiatres vont alors délaisser la santé mentale du sujet âgé au profit des gériatres. Dans la 2<sup>ème</sup> moitié du XX<sup>ème</sup> siècle apparaît un intérêt grandissant pour les troubles psychiques du sujet âgé en Europe et en Amérique du Nord. Henri Baruk est le premier médecin en France à créer une unité spécifique, de « gériatrie psychiatrique » en 1955. Le terme de « gérontopsychiatrie » créé par Müller en Suisse voit le jour en 1967 et la psychiatrie du sujet âgé commence à s'imposer comme une spécialité à part dans d'autres pays. L'école suisse permet de sensibiliser le monde francophone sur cet enjeu. Alors que les premières sociétés savantes spécifiques apparaissent à la fin des années 70, c'est en 1986 qu'est créée la Société de Psychogériatrie de Langue Française (SPLF) qui deviendra la Société Francophone de Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne Âgée (SF3PA) en 2018.

Le Royaume-Uni est le premier pays en 1989 à avoir reconnu la psychiatrie du sujet âgé comme une spécialité à part. En France, ce n'est qu'en 2017 qu'elle a reçu sa reconnaissance à l'occasion de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales où est créée une option « Psychiatrie de la Personne Âgée » dans le cadre du Diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie. Ainsi avant 2017, le gérontopsychiatre était issu de formations hétérogènes, soit à partir d'un DES de psychiatrie complété par un DESC de gériatrie ou d'un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) de psychiatrie du sujet âgé ou de psychogériatrie, soit à partir d'un DES d'une autre spécialité médicale complétée d'un DESC de gériatrie et d'un DU de psychiatrie ou complétée d'un DU de psychiatrie du sujet âgé ou de psychogériatrie (46).

Une étude nationale réalisée en 2013 par l'Association Fédérative Française des Étudiants en Psychiatrie (AFFEP) a permis d'avoir une vision de la formation et de la pratique des internes en DES de psychiatrie concernant la psychiatrie de la personne âgée (47). Si les internes étaient effectivement sensibilisés à la psychiatrie de la personne âgée par l'intermédiaire de cours (27 subdivisions sur 28 avec un volume horaire moyen de 11,5), la formation approfondie par des séminaires était moindre (la moitié des subdivisions) et les stages dédiés permettant la pratique étaient insuffisants (seuls 32% de subdivisions proposaient au moins 2 terrains de stages dédiés).

Sur l'ensemble de ce constat, nous nous sommes interrogés sur la facilité ou non des psychiatres en France à reconnaître la dépression du sujet âgé, notamment devant des tableaux atypiques, et sur sa prise en charge globale comprenant entre autres l'orientation ou non auprès d'une autre spécialité et l'introduction ou non d'un traitement antidépresseur. Nous avons fait l'hypothèse que la difficulté diagnostique de la dépression du sujet âgé existe même auprès du psychiatre, en lien avec les atypicités sémiologiques et des idées reçues autour du vieillissement.

L'objectif principal de l'étude est de décrire les connaissances et les pratiques des psychiatres sur la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Mettre en évidence les tableaux cliniques les plus difficilement identifiés en tant que dépression.
- Comparer le diagnostic et la prise en charge entre les médecins dits « seniors » et les internes.
- Comparer le diagnostic et la prise en charge entre les psychiatres formés à la psychiatrie du sujet âgé et ceux non formés.
- Identifier les raisons d'orientation ou non auprès d'une autre spécialité, y compris dans les sous-groupes Médecins « seniors » /Internes et Formés/Non formés.
- Identifier les raisons de prescription ou non d'un traitement antidépresseur, y compris dans les sous-groupes Médecins « seniors » /Internes et Formés/Non formés.

## II-Matériel et Méthodes

### A-Recherche bibliographique

Les bases de données suivantes ont été explorées :

- Pubmed/Medline
- Sciencedirect
- CAIRN
- Mendeley
- Catalogue Sudoc pour les thèses

La recherche bibliographique a été conduite en utilisant les mots-clefs suivants, comprenant ceux identifiés parmi le thésaurus MeSH, et en assurant des combinaisons grâce aux opérateurs booléens :

- En anglais : « depressive disorder », « aged », « elderly », « late life depression ».
- En français : « dépression », « sujet âgé », « personne âgée ».

### B-Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui a été réalisée du 17 septembre 2020 au 10 décembre 2020.

## C-Population étudiée

Cette étude ciblait l'ensemble des psychiatres et des internes en DES de psychiatrie exerçant en France, DOM-TOM et communautés d'Outre-Mer inclus.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Exercer une spécialité autre que psychiatrie.

La première question du questionnaire visait à s'assurer de la spécialité du répondeur sous le format suivant : « Etes-vous bien psychiatre ou interne en D.E.S de psychiatrie ? ».

- Avoir déjà participé au questionnaire.

Une question fermée en fin de questionnaire permettait d'exclure les réponses de ceux ayant répondu plusieurs fois aux questionnaires en leur demandant si c'était la première fois qu'il participait à l'étude.

## D-Questionnaire

Le questionnaire a été conçu sous l'expertise d'un médecin gériopsychiatre et d'un médecin gériatre, avec lesquels ont été élaborés 4 vignettes cliniques, élaborées à partir de situations cliniques réelles. Les 4 situations correspondent à un épisode dépressif d'expression différente comme suit :

- Cas clinique n°1 : dépression caractérisée post-deuil, dont la présentation était la suivante :

« Mme B, 85 ans, n'arrive pas à se remettre du décès de son mari survenu il y a 1 an et demi. Elle pleure très souvent et ne s'intéresse plus à ses activités habituelles, ne sortant même plus faire ses courses, ne ressentant plus aucune énergie. Elle a perdu 8 kilos et dort mal malgré le traitement hypnotique prescrit il y a 1 an. Malgré le fait qu'elle soit bien entourée par sa famille, elle n'attend qu'une chose : aller rejoindre son mari.

Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neurodégénérative connue à ce jour. »

- Cas clinique n°2 : masque somatique, dont la présentation était la suivante :

« Mme M, 84 ans, vient à votre cabinet pour la première fois pour des douleurs lombaires résistantes à tous les traitements antalgiques donnés à ce jour. Elle a vu plusieurs spécialistes (rhumatologues, neurochirurgiens entre autres) qui n'ont pas réussi à trouver une solution à son problème. Ses douleurs l'empêchent de réaliser des activités aussi banales que faire la cuisine ou sortir faire quelques courses. De même, elles limitent la participation à ses activités de loisirs (s'occuper des petits enfants, aller au club senior). Les imageries poussées ont seulement mis en évidence une arthrose peu évoluée au niveau du rachis lombaire. Elle vous dit se sentir épuisée.

Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neurodégénérative connue à ce jour. »

- Cas clinique n°3 : dépression avec troubles cognitifs, dont la présentation était la suivante :

« Mme S, veuve de 86 ans, ancienne bibliothécaire, vient à votre consultation à la demande de sa fille pour trouble de la mémoire. Elle se plaint d'oublier les noms propres et de perdre ses affaires (clefs par exemple). Elle n'arrive plus à gérer ses factures, a du mal à s'intéresser à ses lectures et à finir un livre. Elle souffre de cette situation, se voyant se dégrader, se sentant inutile. Le sommeil est mauvais, elle mange peu. Le MMS réalisé est à 28/30, le bilan somatique (biologies, imagerie) est sans anomalie.

Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neurodégénérative connue à ce jour. »

- Cas clinique n°4 : dépression mélancolique, dont la présentation était la suivante :



« Mr L, âgé de 71 ans, ancien chef d'entreprise parti à la retraite il y a 2 ans, est conduit à votre consultation par son épouse, inquiète des propos de celui-ci. Depuis 8 mois, son comportement a changé, il ne fait plus rien à domicile, ne participant plus au fonctionnement du foyer, ne sortant plus voir ses anciens collègues. Devant vous, il apparaît amimique, parlant peu. Sans affect, il vous explique que ses intestins et ses reins ont arrêté de fonctionner. Il culpabilise d'être venu, empêchant d'autres personnes d'être soignées, et sa situation étant sans perspective d'amélioration.

Il est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neurodégénérative connue à ce jour. »

La cohérence des questions et de leur enchaînement a été revue en fonction des commentaires des médecins ayant testé le questionnaire.

L'ensemble des questions du cas clinique N°1 est disponible en annexe (cf **Annexe 2**), les questions étaient identiques d'un cas clinique à l'autre pour éviter toute suggestivité (48).

## E-Recueil de données

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire informatisé standardisé sous format GoogleForm® (49). La méthodologie comprenant l'utilisation de vignettes cliniques nous a été inspirée d'un article original explorant les bénéfices et les risques au diagnostic d'un trouble neurocognitif auprès de différentes spécialités en France, et ce à partir de vignettes cliniques permettant ainsi d'affiner l'évaluation selon la symptomatologie (50).

Les variables recueillies concernant les participants à l'enquête étaient les suivantes :

- Âge
- Sexe

- Statut d'interne ou de médecin « senior »
- Ancienneté d'exercice pour les médecins « seniors » et le semestre en cours pour les internes
- Lieu d'exercice (cabinet, ambulatoire, hôpital, établissement pour personne âgée)
- Département
- Formation antérieure en psychiatrie de la personne âgée (oui/non).

Le schéma de réponses sur le diagnostic et la prise en charge est représenté par la **Figure 1**.

La première question de chaque cas clinique consistait à interroger sur l'évocation ou non d'un épisode dépressif.

→ En cas de réponse négative, le répondant devait s'orienter sur la cause suspectée (autre pathologie psychiatrique/pathologie neurologique/pathologie somatique/vieillessement normal). Pour éviter un biais sur l'analyse de la prise en charge, il ne pouvait répondre à la suite du cas clinique et débutait le cas suivant. Ainsi, seuls les médecins s'orientant sur un diagnostic de dépression étaient interrogés sur les modalités de la prise en charge.

→ En cas de réponse positive, nous interrogeons les éléments suivants :

1. Le diagnostic : clinique et/ou utilisation d'échelles.

Trois groupes ont ainsi été créés en fonction de l'utilisation ou non d'échelles :

- Diagnostic clinique : absence d'utilisation d'échelles, incluant les répondants posant le diagnostic sur « Diagnostic clinique » et/ou « DSM V / CIM 10 ». En effet, le DSM V et le CIM 10, ne constituent pas une échelle et repose sur une analyse clinique.
- Clinique + échelle(s) : incluant les répondants posant le diagnostic sur « Diagnostic clinique » et/ou « DSM V / CIM 10 » ET avec au moins une échelle associée.

- Échelle(s) exclusivement : une ou plusieurs échelles utilisées sans recours à la clinique.

## 2. L'orientation à une autre spécialité.

En cas d'orientation, nous interrogeons sur la spécialité sélectionnée et les structures de soins mobilisées. Les raisons de l'orientation ou non étaient évaluées à partir de 8 propositions à coter de 0 à 5 (« Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord »).

Les items à coter en cas d'orientation étaient les suivants :

- Incertitude diagnostique
- Complexité du tableau
- Sévérité du tableau
- Risque suicidaire
- Besoin de complément d'informations sur la conduite à tenir
- Intérêt d'une prise en charge conjointe
- Facilité d'identification du spécialiste à contacter
- Facilité d'accès au spécialiste envisagé

Les items à coter en l'absence d'orientation étaient les suivants :

- Certitude diagnostique
- Tableau peu complexe
- Tableau peu sévère
- Faible risque suicidaire
- À l'aise dans la prise en charge
- Difficulté d'identification du spécialiste à contacter
- Difficulté d'accès au spécialiste envisagé
- Défaut de retour d'informations du spécialiste envisagé

### 3. La prescription d'un traitement antidépresseur.

De même, les raisons de la prescription ou non étaient évaluées à partir de 5 à 6 propositions à coter de 0 à 5 (« Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord »).

Les items à coter en cas de prescription d'un traitement antidépresseur étaient les suivants :

- Efficacité dans ce contexte
- Prévention du risque suicidaire
- Prévention du risque de dépendance
- Prévention du risque de maladie neurodégénérative
- Faible risque iatrogénique
- Prescription initiale relevant de vos compétences

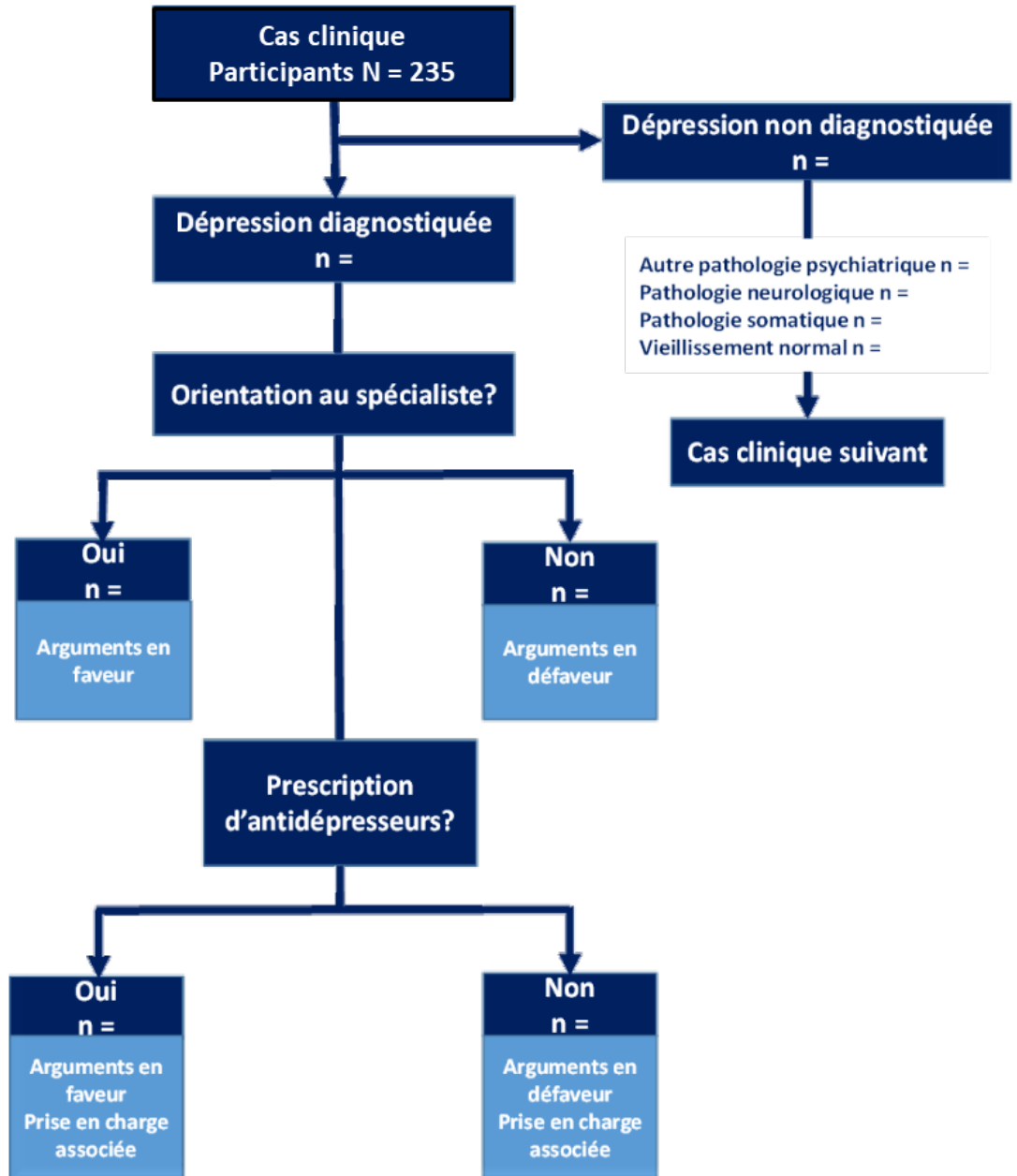
Les items à coter en l'absence de prescription d'un traitement antidépresseur étaient les suivants :

- Peu efficace
- Doute diagnostique : attente réévaluation et/ou avis spécialiste
- Risque suicidaire (levée d'inhibition)
- Risque iatrogénique
- Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences.

### 4. La prise en charge associée.

Deux groupes ont été créés en fonction de la prescription ou non d'antidépresseurs afin de comparer la prise en charge associée.

Figure 1 : Schéma de réponses



Le questionnaire a été diffusé soit par mail soit par publication sur les réseaux de professionnels, par l'intermédiaire de sociétés savantes ou d'associations de professionnels que sont l'AFFEP, l'AJPJA (Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues), la SF3PA, l'ANIPPA (Association Nationale des Internes de Psychiatrie de la Personne Âgée), l'AFPEP-SNPP (Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé-Syndicat National des Psychiatres Privés) et les associations locales d'internes. Les médecins visés étaient invités à remplir le questionnaire en ligne, de façon totalement anonyme.

La diffusion a débuté le 17 septembre 2020 avec une demande de relance à chaque correspondant à J15 et à J30.

## F- Analyse des données

Les analyses ont été réalisées sur le logiciel SPSS Statistics version 20. Toutes les variables ont fait l'objet d'une analyse descriptive classique. Les variables qualitatives sont décrites par leurs fréquences et pourcentages et les variables quantitatives par leur moyenne, écart-type, minimum, médiane et maximum.

Les associations entre variables qualitatives ont été mesurées par le test du Chi2 et le test exact de Fischer pour les petits effectifs. Un test de Student ou l'analyse de variance (Anova) ont été réalisés pour les variables quantitatives. Une analyse préalable pour vérifier la distribution normale a été faite pour toutes les variables.

Concernant la description des arguments justifiant l'orientation ou non au spécialiste et la prescription ou non d'un traitement antidépresseur, seuls les extrêmes de cotation ont été pris en compte dans l'analyse descriptive, considérant ceux-ci comme étant le reflet des répondants ayant une certitude maximale à l'item. Un argument paraissait pertinent lorsque la proportion de l'un des extrêmes, 0 (Pas du tout d'accord) ou 5 (Tout à fait d'accord), était supérieure à l'autre. Des analyses comparatives des arguments parmi les sous-groupes, médecins « seniors » /internes et formés/non formés, ont été

réalisées lorsque des différences apparaissaient au sein de l'orientation ou de la prescription de l'antidépresseur, afin de tenter d'expliquer cette différence. Pour ce faire, une analyse binaire a été réalisée. Chaque argument était comparé à partir des variables suivantes : 0 vs tous les autres (soit l'ensemble des réponses cotées de 1 à 5) et 5 vs tous les autres (soit l'ensemble des réponses cotées de 4 à 0).

### III- Résultats

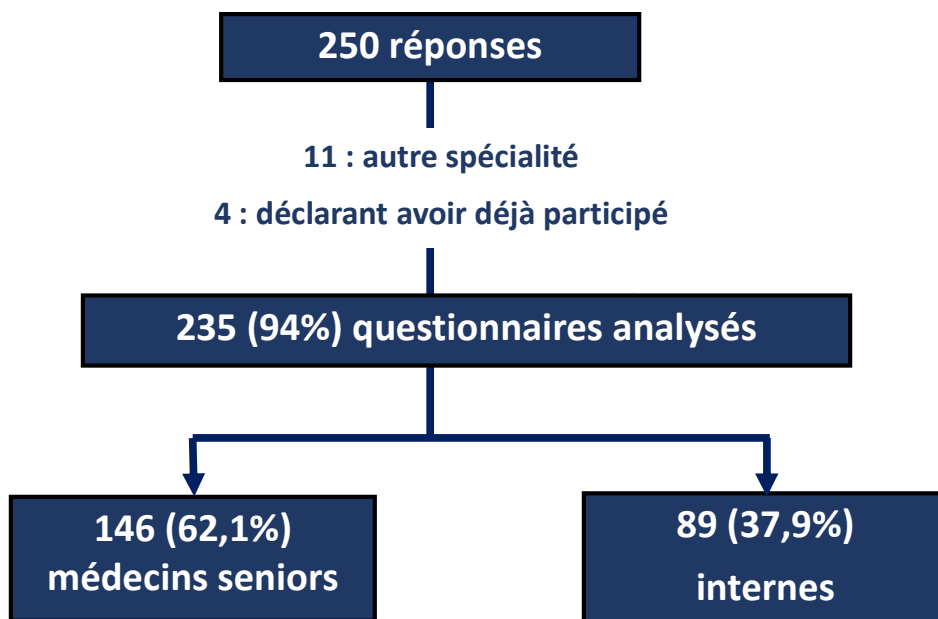
#### A- Caractéristiques de la population étudiée

Sur les 250 réponses obtenues au questionnaire, 15 ont été exclues, 11 répondants déclarant ne pas être psychiatre ou interne en psychiatrie et 4 déclarant avoir déjà participé (cf **Figure 2**).

Au total, 235 questionnaires ont pu être analysés.

La population comprenait environ 2/3 de médecins « seniors ».

**Figure 2 : Flow-chart**



Les participants étaient pour la plupart des femmes (65.5%), avec un âge moyen de  $32.8 \pm 9.1$  ans (Minimum 24, Maximum 72, Médiane 29) (cf **Tableau 1**).

L'exercice était essentiellement hospitalier.



Environ la moitié des participants avait eu une formation sur la psychiatrie de la personne âgée. Trois-quarts des répondants ressentait le besoin d'une formation sur la dépression du sujet âgé. Il est à noter que 60.5% des sujets ayant déjà eu une formation ressentait à nouveau le besoin d'une formation.

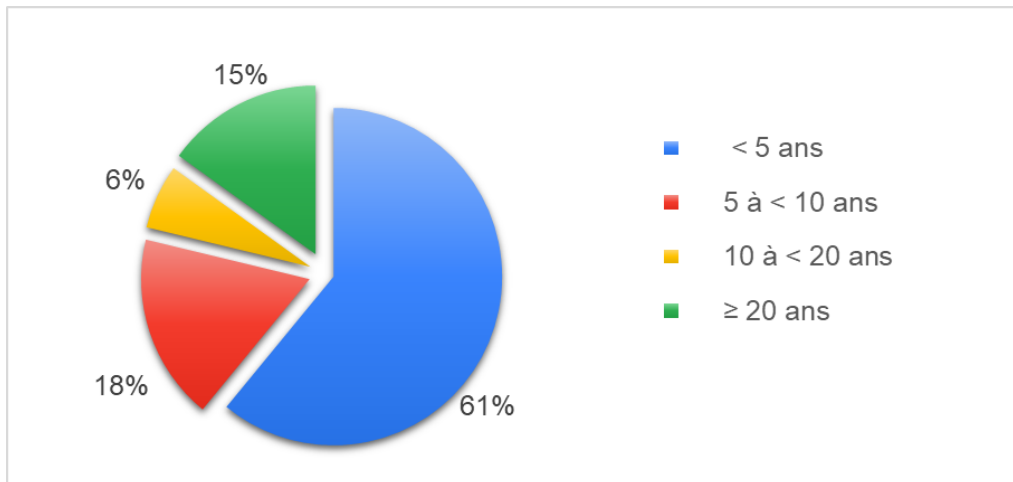
**Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée (N = 235)**

	N (%)
<b>Sexe</b>	
Femme	154 (65,5)
<b>Lieu d'activité*</b>	
Cabinet libéral	11 (4,7)
Établissements avec exercice hospitalier	200 (85,1)
Établissements avec exercice ambulatoire	83 (35,3)
Établissements pour personnes âgées	15 (6,4)
<b>Formation en psychiatrie de la personne âgée</b>	124 (52,8)

\*Le résultat total dépasse le pourcentage de 100% du fait que les répondants avaient le choix entre plusieurs réponses concernant leur lieu d'activité.

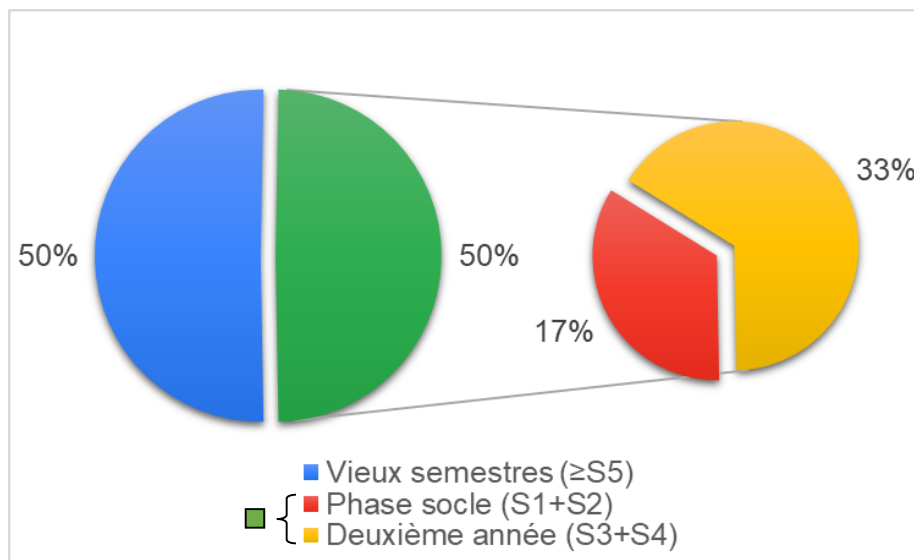
La majorité des « médecins seniors » avaient une ancienneté d'exercice inférieure à 5 ans (cf **Figure 3a**).

**Figure 3a : Médecins « seniors » : ancienneté d'exercice (n = 146)**



Les internes étaient également représentés entre les jeunes semestres (< 5<sup>ème</sup> semestre) et les vieux semestres (≥ 5<sup>ème</sup> semestre) (cf **Figure 3b**).

**Figure 3b : Internes : ancienneté (n = 89)**

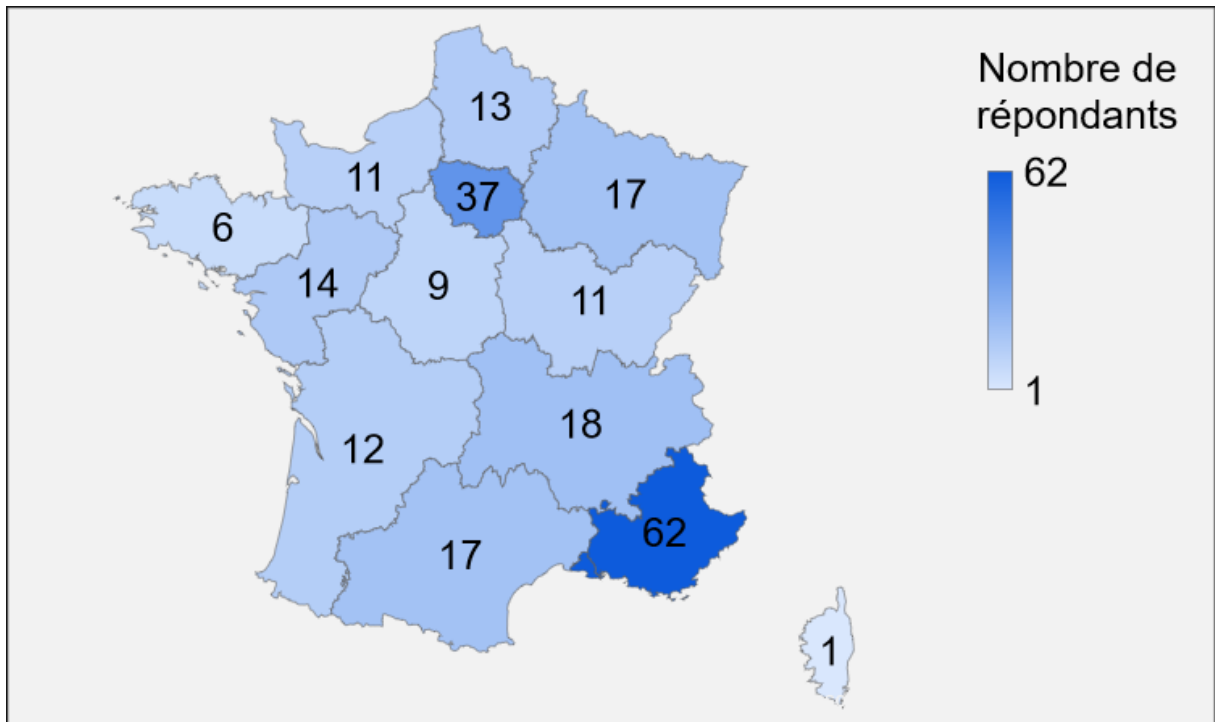


■ Jeunes semestres (<S5)

S1 : 1<sup>er</sup> semestre, S2 : 2<sup>ème</sup> semestre, S3 : 3<sup>ème</sup> semestre, S4 : 4<sup>ème</sup> semestre, S5 : 5<sup>ème</sup> semestre

Parmi les 13 régions françaises, toutes avaient au moins un répondant. Les 2 régions principalement représentées étaient Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Ile-de-France (cf **Figure 4**). Il y avait également 6 répondants exerçant dans les DOM-TOM et un exerçant en Collectivités d'Outre-Mer.

**Figure 4 : Nombre de répondants par région en France métropolitaine**



## B-Diagnostic

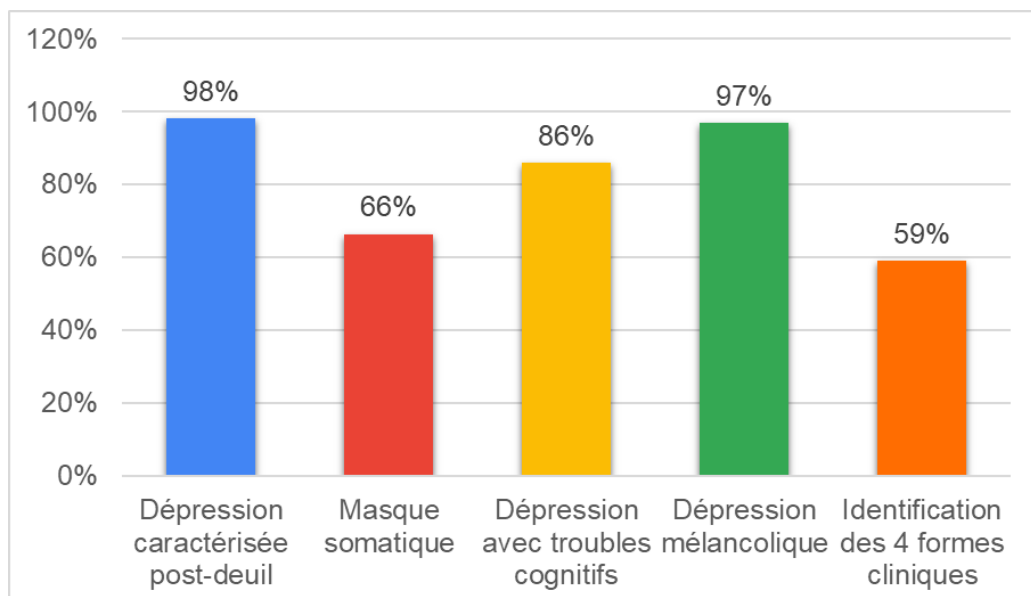
### 1) Taux de diagnostic

Près de 60% des répondants évoquaient une dépression sur l'ensemble des 4 cas cliniques (cf **Figure 5**). Ils seront par la suite identifiés sous le terme de « superdiagnostiqueurs ».

Les répondants évoquaient facilement une dépression dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil** et de la **dépression mélancolique**, où respectivement seuls 4 et 8 répondants suspectaient un autre diagnostic.

La **dépression avec troubles cognitifs** avait un taux de diagnostic plus faible, de 86,4%, et enfin, le **masque somatique** faisait évoquer une dépression dans 2/3 des cas.

**Figure 5 : Dépression évoquée (N = 235)**

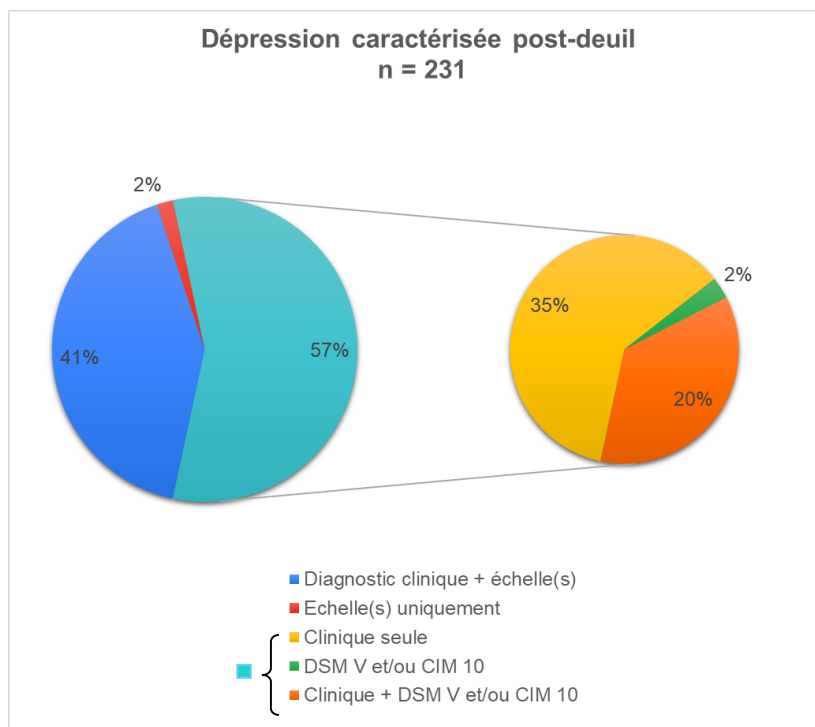


## 2) Recours aux échelles

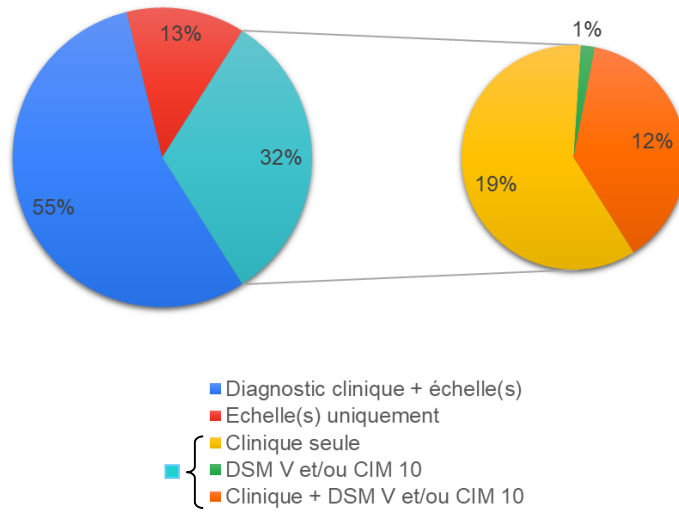
La **Figure 6** présente l'aide ou non d'échelles pour le diagnostic selon chaque cas clinique. Le recours aux échelles variait de 38% à 68% et était plus important dans le cadre du **masque somatique** et de la **dépression avec troubles cognitifs**.

Dans l'ensemble des cas cliniques, la GDS-15 était l'échelle la plus utilisée, suivie de près par la mini-GDS, et en troisième position par la MADRS.

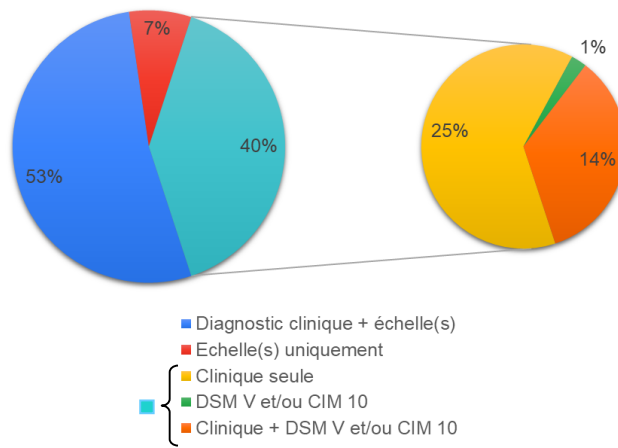
**Figure 6 : Utilisation ou non d'échelles pour la détermination du diagnostic selon le cas clinique**

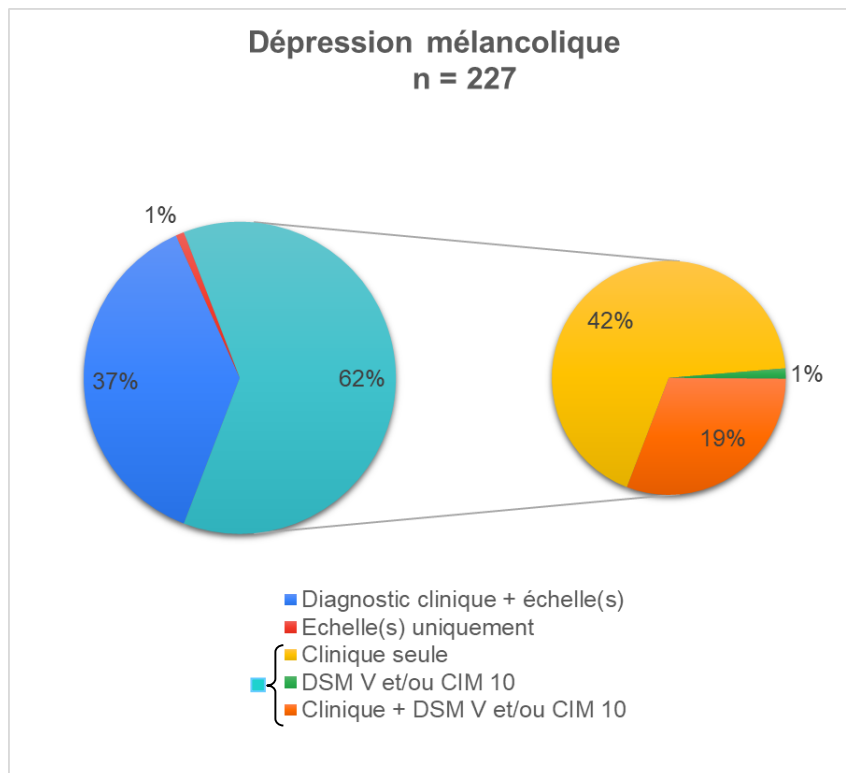


**Masque somatique  
n = 156**



**Dépression avec troubles cognitifs  
n = 203**





### 3) Caractéristiques des psychiatres utilisant les échelles

Les répondants utilisant les échelles étaient plus jeunes que ceux n'en utilisant pas pour l'ensemble des cas cliniques.

Ils travaillaient moins souvent en ambulatoire dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil** (28% vs 40,5% parmi ceux n'utilisant pas d'échelles,  $p < 0,05$ ) (cf **Tableau 2a**).

Parmi les médecins « seniors », le recours aux échelles était plus fréquent parmi ceux exerçant depuis moins de 5 ans et moins fréquent parmi ceux exerçant depuis plus de 20 ans, à la fois dans le **masque somatique** et à la fois dans **la dépression avec troubles cognitifs** (cf **Tableau 2b** et **2c**).

Parmi les internes, des différences apparaissaient d'une part dans le **masque somatique** où les répondants n'utilisant pas d'échelles étaient essentiellement des

vieux semestres (86,7% vs 48,7% parmi ceux utilisant les échelles,  $p < 0,05$ ), et d'autre part dans la **dépression mélancolique** où 61,9% des internes utilisant les échelles étaient des jeunes semestres et 61,4% des internes ne les utilisant pas des vieux semestres,  $p < 0,05$  (cf **Tableau 2d**).

Le statut médecin « senior » /interne présentait une différence uniquement dans la **dépression mélancolique** : 60,5% de jeunes semestres vs 37,2% de vieux semestres utilisaient des échelles,  $p < 0,05$ .

Le fait d'avoir eu une formation n'entraînait pas de différence.



**Tableau 2a : Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles :  
Dépression caractérisée post-deuil**

	<b>Échelle n = 100</b>	<b>Pas d'échelle n = 131</b>	<b>p value</b>
<b>Formation N (%)</b>	56 (56)	66 (50,4)	0,397
<b>Age (moyenne ± écart-type)</b>	31,13 ± 6,9	34,21 ± 10,4	<b>0,005</b>
<b>Lieu d'activité* N (%)</b>			
Cabinet libéral	7 (7)	4 (3,1)	0,215
Établissement avec exercice hospitalier	84 (84)	114 (87)	0,515
Établissement avec exercice ambulatoire	28 (28)	53 (40,5)	<b>0,049</b>
Établissement pour personnes âgées	7 (7)	8 (6,1)	0,785
<b>Statut N (%)</b>			
Médecin « senior »	56 (56)	88 (67,2)	0,082
Interne	44 (44)	43 (32,8)	
<b>Ancienneté médecins « seniors » N (%)</b>			
< 5 ans	36 (64,3)	51 (58)	0,417
5 à 10 ans	11 (19,6)	15 (17)	
10 à 20 ans	4 (7,1)	5 (5,7)	
> 20 ans	5 (8,9)	17 (19,3)	
<b>Ancienneté internes N (%)</b>			
Jeunes semestres (S1 à S4)	26 (59,1)	17 (39,5)	0,068
Vieux semestres (≥S5)	18 (40,9)	26 (60,5)	

\*Le résultat total dépasse le pourcentage de 100% du fait que les répondants avaient le choix entre plusieurs réponses concernant leur lieu d'activité.

S1 : 1<sup>er</sup> semestre, S4 : 4<sup>ème</sup> semestre, S5 : 5<sup>ème</sup> semestre

**Tableau 2b : Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles :**

**Masque somatique**

	<b>Échelle n = 106</b>	<b>Pas d'échelle n = 50</b>	<b>p value</b>
<b>Formation N (%)</b>	60 (56,6)	29 (58)	0,869
<b>Age (moyenne ± écart-type)</b>	32,37 ± 7,8	37,68 ± 12,7	<b>0,008</b>
<b>Lieu d'activité* N (%)</b>			
Cabinet libéral	6 (5,7)	2 (4)	1
Établissement avec exercice hospitalier	91 (85,9)	41 (82)	0,534
Établissement avec exercice ambulatoire	36 (34)	21 (42)	0,331
Établissement pour personnes âgées	7 (6,6)	4 (8)	0,75
<b>Statut N (%)</b>			
Médecin « senior »	67 (63,2)	35 (70)	0,405
Interne	39 (36,8)	15 (30)	
<b>Ancienneté médecins « seniors » N (%)</b>			
< 5 ans	38 (56,7)	16 (45,7)	<b>0,016</b>
5 à 10 ans	15 (22,4)	4 (11,4)	
10 à 20 ans	7 (10,4)	2 (5,7)	
> 20 ans	7 (10,4)	13 (37,1)	
<b>Ancienneté internes N (%)</b>			
Jeunes semestres (S1 à S4)	20 (51,3)	2 (13,3)	<b>0,014</b>
Vieux semestres (≥S5)	19 (48,7)	13 (86,7)	

\*Le résultat total dépasse le pourcentage de 100% du fait que les répondants avaient le choix entre plusieurs réponses concernant leur lieu d'activité.

S1 : 1<sup>er</sup> semestre, S4 : 4<sup>ème</sup> semestre, S5 : 5<sup>ème</sup> semestre

**Tableau 2c : Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles :  
Dépression avec troubles cognitifs**

	<b>Échelle n = 122</b>	<b>Pas d'échelle n = 81</b>	<b>p value</b>
<b>Formation N (%)</b>	75 (61,5)	41 (50,6)	0,126
<b>Age (moyenne ± écart-type)</b>	31,79 ± 7,7	35,64 ± 11,4	<b>0,009</b>
<b>Lieu d'activité* N (%)</b>			
Cabinet libéral	6 (4,9)	3 (3,7)	1
Établissement avec exercice hospitalier	107 (87,7)	68 (84)	0,447
Établissement avec exercice ambulatoire	39 (32)	34 (42)	0,146
Établissement pour personnes âgées	10 (8,2)	4 (4,9)	0,37
<b>Statut N (%)</b>			
Médecin « senior »	73 (59,8)	51 (63)	0,655
Interne	49 (40,2)	30 (37)	
<b>Ancienneté médecins « seniors » N (%)</b>			
< 5 ans	48 (65,8)	23 (45,1)	<b>0,028</b>
5 à 10 ans	13 (17,8)	10 (19,6)	
10 à 20 ans	5 (6,8)	3 (5,9)	
> 20 ans	7 (9,6)	15 (29,4)	
<b>Ancienneté internes N (%)</b>			
Jeunes semestres (S1 à S4)	25 (51)	13 (43,3)	0,507
Vieux semestres (≥S5)	24 (49)	17 (56,7)	

\*Le résultat total dépasse le pourcentage de 100% du fait que les répondants avaient le choix entre plusieurs réponses concernant leur lieu d'activité.

S1 : 1<sup>er</sup> semestre, S4 : 4<sup>ème</sup> semestre, S5 : 5<sup>ème</sup> semestre

**Tableau 2d : Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles :  
Dépression mélancolique**

	<b>Échelle n = 87</b>	<b>Pas d'échelle n = 140</b>	<b>p value</b>
<b>Formation N (%)</b>	50 (57,5)	73 (52,1)	0,433
<b>Age (moyenne ± écart-type)</b>	31,31 ± 7,4	34 ± 10,1	<b>0,022</b>
<b>Lieu d'activité* N (%)</b>			
Cabinet libéral	5 (5,7)	64 (4,3)	0,753
Établissement avec exercice hospitalier	70 (80,1)	122 (87,1)	0,175
Établissement avec exercice ambulatoire	25 (28,7)	56 (40)	0,085
Établissement pour personnes âgées	6 (6,9)	9 (6,4)	0,89
<b>Statut N (%)</b>			
Médecin « senior »	45 (51,7)	96 (68,6)	<b>0,011</b>
Interne	42 (48,3)	44 (31,4)	
<b>Ancienneté médecins « seniors » N (%)</b>			
< 5 ans	30 (66,7)	54 (56,3)	0,404
5 à 10 ans	6 (13,4)	20 (20,8)	
10 à 20 ans	4 (8,9)	5 (5,2)	
> 20 ans	5 (11,1)	17 (17,7)	
<b>Ancienneté internes N (%)</b>			
Jeunes semestres (S1 à S4)	26 (61,9)	17 (38,6)	<b>0,031</b>
Vieux semestres (≥S5)	16 (38,1)	27 (61,4)	

\*Le résultat total dépasse le pourcentage de 100% du fait que les répondants avaient le choix entre plusieurs réponses concernant leur lieu d'activité.

S1 : 1<sup>er</sup> semestre, S4 : 4<sup>ème</sup> semestre, S5 : 5<sup>ème</sup> semestre

#### 4) Diagnostic différentiel

Le **Tableau 3** présente les diagnostics différentiels vers lesquels s'orientaient les participants n'évoquant pas une dépression.

Une pathologie neurologique était principalement évoquée dans le cadre de la **dépression avec troubles cognitifs** et dans celui de la **dépression mélancolique**.

**Tableau 3 : Diagnostic différentiel**

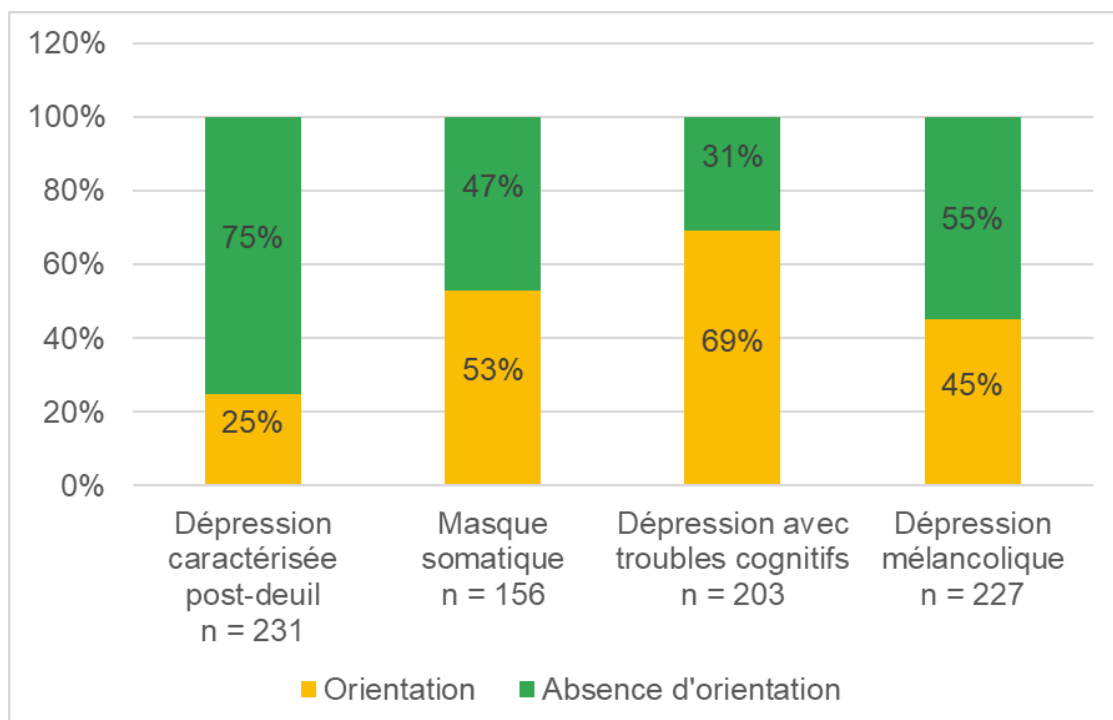
	<b>Dépression caractérisée post-deuil n = 4</b>	<b>Masque somatique n = 79</b>	<b>Dépression avec troubles cognitifs n = 32</b>	<b>Dépression mélancolique n = 8</b>
<b>Autre pathologie psychiatrique N (%)</b>	1 (25)	17 (21,5)	1 (3,1)	2 (25)
<b>Pathologie neurologique N (%)</b>	1 (25)	7 (8,9)	29 (90,6)	6 (75)
<b>Pathologie somatique N (%)</b>	1 (25)	43 (54,4)	0	0
<b>Vieillessement normal N (%)</b>	1 (25)	12 (15,2)	2 (6,3)	0

## C-Recours au spécialiste

### 1) Sollicitation d'une autre spécialité

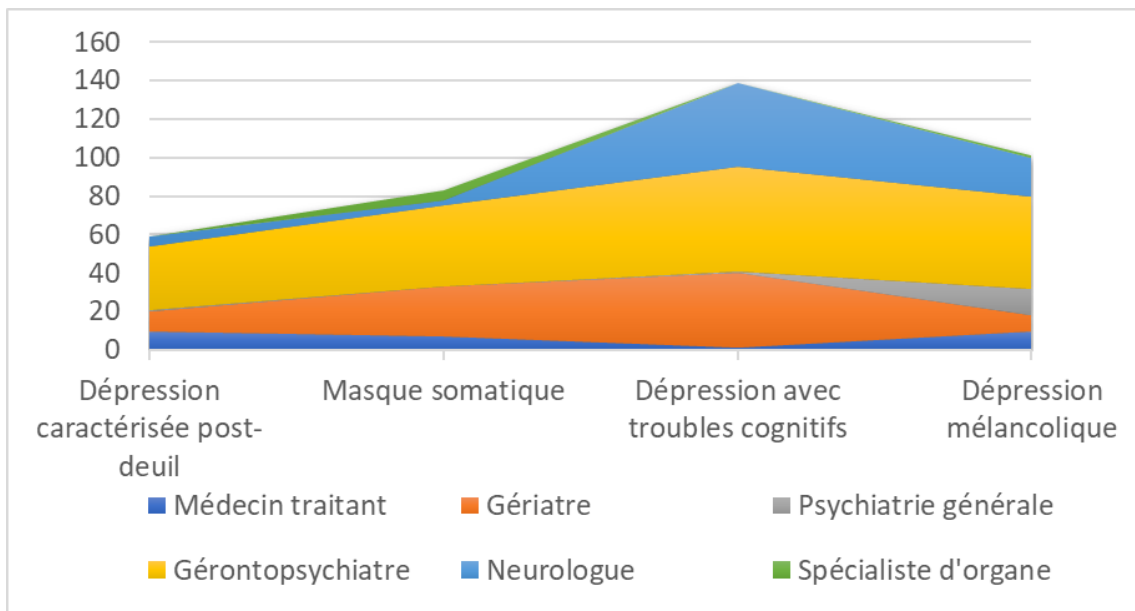
Parmi les répondants ayant fait le diagnostic de dépression, le recours à une autre spécialité intervenait essentiellement dans la **dépression avec troubles cognitifs**, recours choisi par 68,5% des participants (n = 139), suivi de près par le **masque somatique** avec le choix d'une orientation chez la moitié des répondants (n = 83, soit 53,2%) (cf **Figure 7**). En cas de **dépression mélancolique**, 43% des répondants (n = 101) sollicitaient un confrère d'une autre spécialité.

**Figure 7 : Orientation ou non à une autre spécialité**



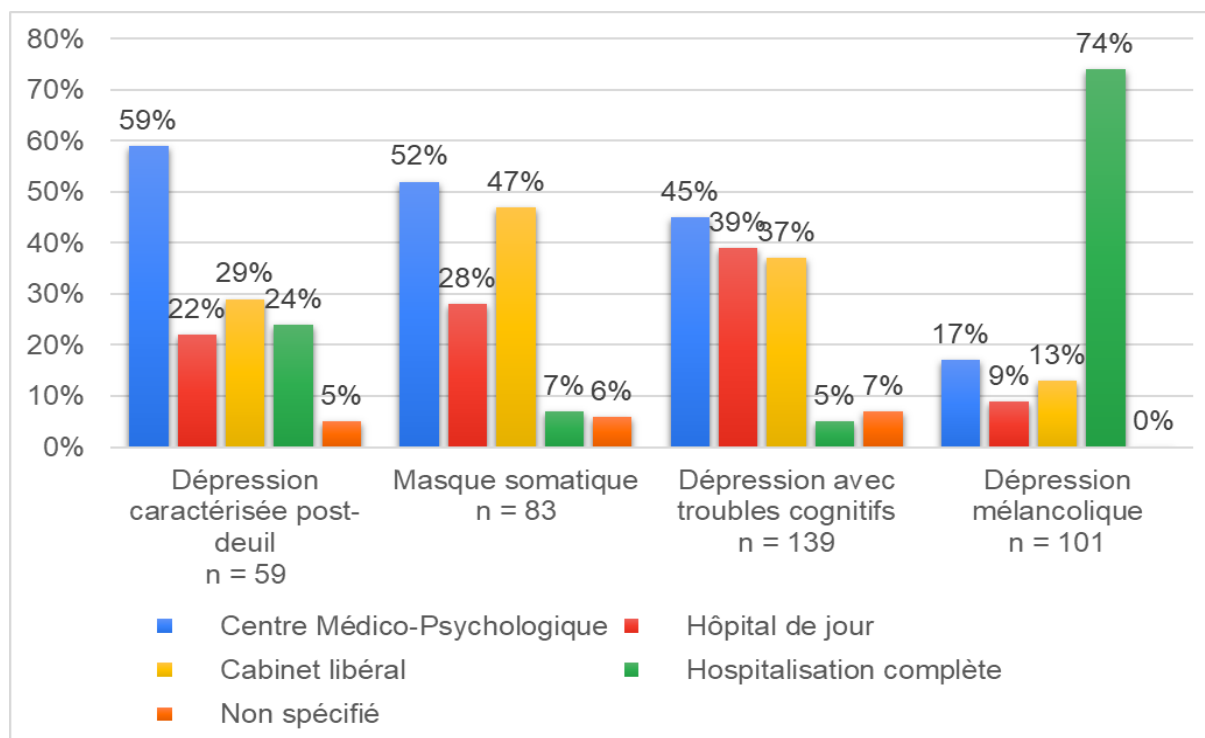
Le gériopsychiatre était le principal interlocuteur pour chacun des 4 cas cliniques, recevant la moitié des orientations, à l'exception de la **dépression avec troubles cognitifs** où il recevait 38,8% des orientations (n = 54) (cf **Tableau 4 en Annexe 3**). Il était suivi par le gériatre en cas de **masque somatique** (n = 26, soit 31,3%) et par le neurologue en cas de **troubles cognitifs associés** (n = 44, soit 31,7%) ou de **dépression mélancolique** (n = 20, soit 19,8%). La **Figure 8** reprend l'ensemble de ces résultats.

**Figure 8 : Spécialité ciblée selon le cas clinique**



La **Figure 9** présente les structures sollicitées en cas d'orientation. L'adressage sur un Centre Médico-Psychologique restait prédominant pour la **dépression caractérisée post-deuil**, le **masque somatique** et la **dépression avec troubles cognitifs**. L'hospitalisation complète était la mesure de choix dans le cadre de la **dépression mélancolique** où elle était décidée dans 74% des cas (n = 75).

**Figure 9 : Structures sollicitées en cas d'orientation selon le cas clinique**



**NB :** Le résultat total dépasse le pourcentage de 100% du fait que les répondants avaient le choix entre plusieurs réponses.

## 2) Intensité des arguments pouvant influencer le choix de l'orientation ou non à une autre spécialité

La **figure 10** présente par cas clinique les résultats des 2 extrêmes « Pas du tout d'accord » (PDT) et « Tout à fait d'accord » (TAF) pour chaque proposition pouvant influencer le choix d'une orientation ou non à une autre spécialité. L'éventail de la cotation de 0 à 5 peut être consulté en annexe (cf **Figure 11** en **Annexe 4** et **Figure 12** en **Annexe 5**).



→ Lorsque l'orientation auprès d'une autre spécialité était choisie :

Le besoin d'un complément d'informations sur la conduite à tenir (selon les cas 27.7% à 32.2% TAF vs 3,6% à 10,9% PDT) et l'intérêt d'une prise en charge conjointe (selon les cas 44.6% à 57,6% TAF vs 0 à 1,7% PDT) étaient les 2 principaux items qui ressortaient pour l'orientation auprès d'une autre spécialité dans l'ensemble des cas cliniques à l'exception de la **dépression mélancolique**. En effet, même si ces 2 arguments présentaient une proportion de répondants « Tout à fait d'accord » supérieure à la proportion des répondants « Pas du tout d'accord », c'était la sévérité du tableau en premier lieu qui poussait à l'orientation (51,5% TAF vs 3% PDT), suivie de près par le risque suicidaire (44,6% TAF vs 7,9% PDT).

De plus, dans le cas du **masque somatique**, 1/5<sup>ème</sup> des participants mettait en évidence la complexité du tableau et l'incertitude diagnostique (respectivement 21.7% TAF vs 3,6% PDT et 20.5% TAF vs 7,2% PDT).

Ces 2 items ressortaient également dans la **dépression avec troubles cognitifs**, l'incertitude diagnostique restant un argument majeur à l'orientation (28,1% TAF vs 7,2% PDT) et la complexité du tableau étant à nouveau relevé par 1/5<sup>ème</sup> des participants (21,6% TAF vs 4,3% PDT).

L'incertitude diagnostique était un argument entrant peu en compte dans la **dépression caractérisée post-deuil** (32,2% PDT vs 3,5% TAF) ainsi que dans la **dépression mélancolique** (37,6% PDT vs 9,9% TAF). Cependant, la complexité du tableau était relevée dans la **dépression mélancolique** (19,8% PDT vs 8,9% TAF).

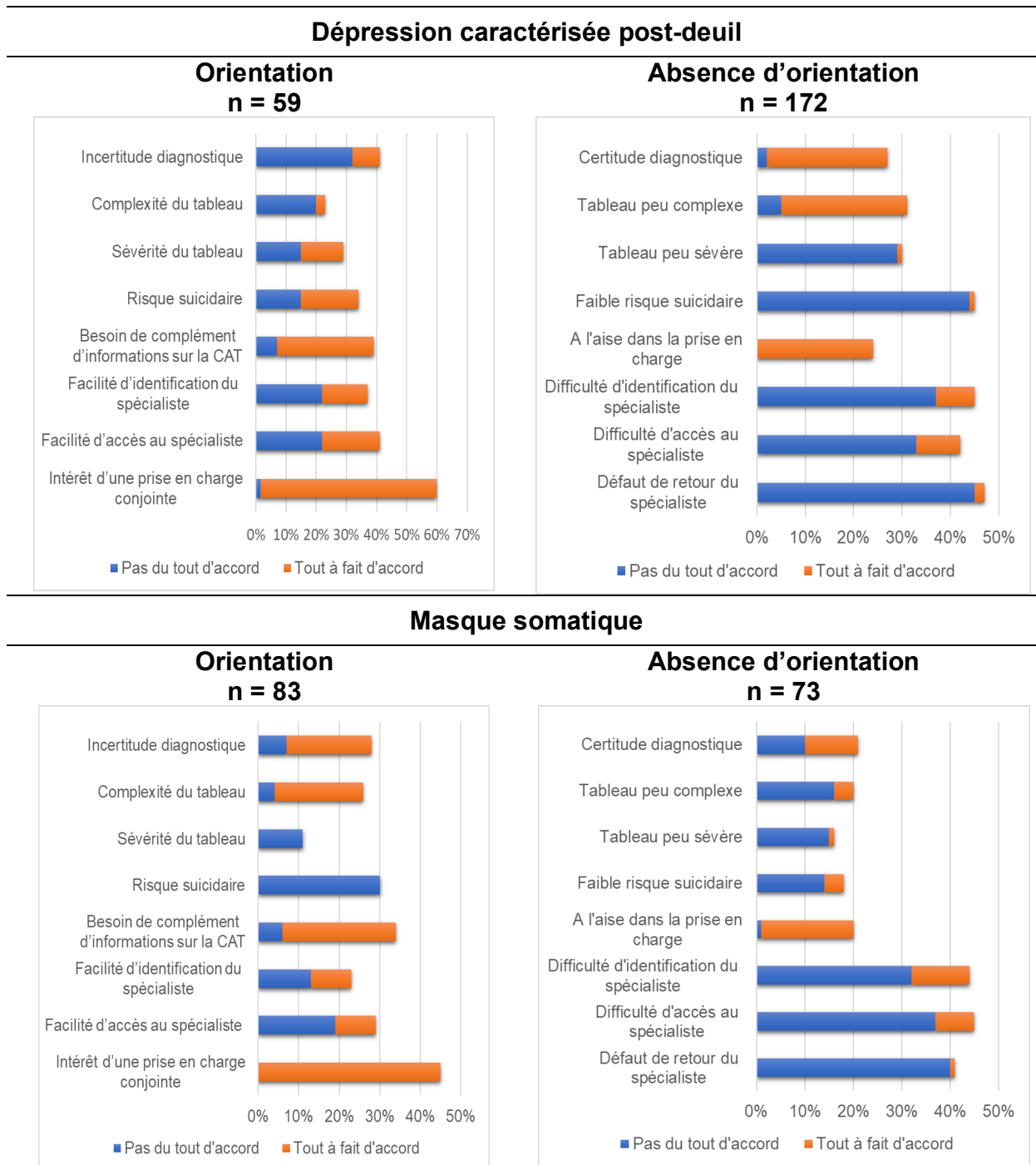
La facilité d'identification du spécialiste à contacter ne ressortait que dans la dépression avec **troubles cognitifs** (24,5% TAF vs 10,8% PDT) et dans la **dépression mélancolique** (30,7% TAF vs 8,9% PDT)

La facilité d'accès au spécialiste envisagé n'était mise en évidence que dans le cadre de la **dépression mélancolique** (20,8% TAF vs 11,9% PDT).

Outre la **dépression mélancolique**, le risque suicidaire était également relevé dans la **dépression caractérisée post-deuil** (18,6% TAF vs 15,3% PDT), il ne semblait pas

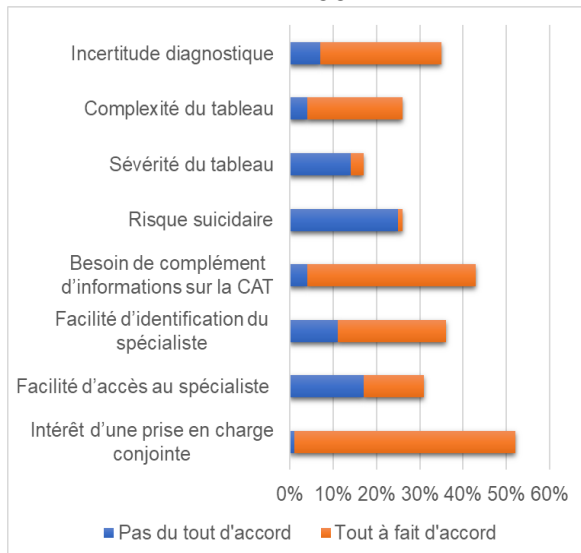
être une raison à l'orientation dans le **masque somatique** (30,1% PDT vs 0% TAF) ni dans la **dépression avec troubles cognitifs** (24,5% PDT vs 0,7% TAF).

**Figure 10 : Extrêmes de cotation des propositions en faveur de l'orientation versus en défaveur selon le cas clinique**

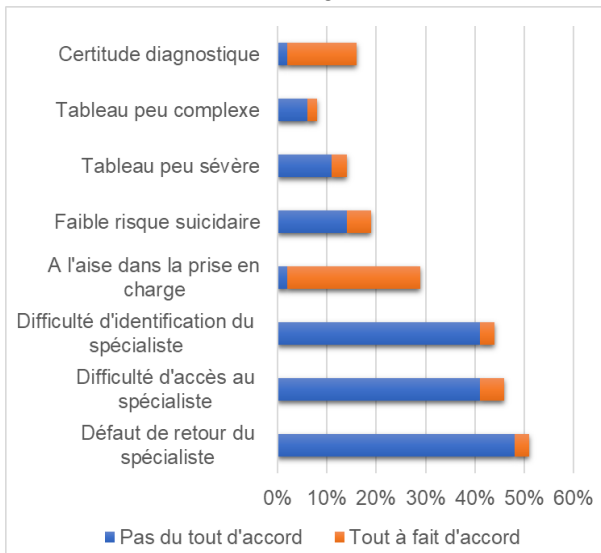


## Dépression avec troubles cognitifs

**Orientation**  
n = 139

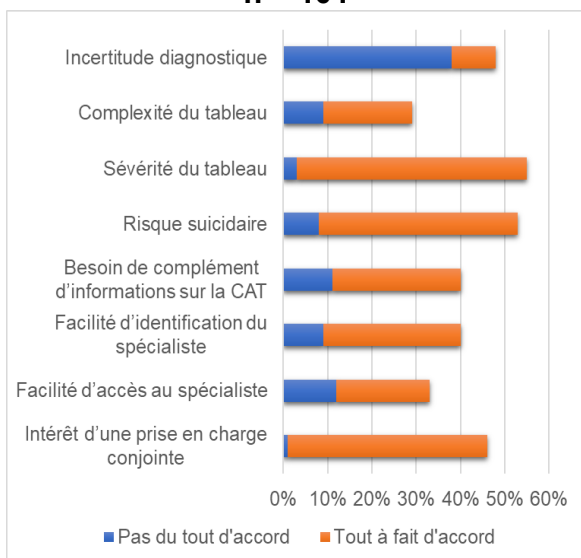


**Absence d'orientation**  
n = 64

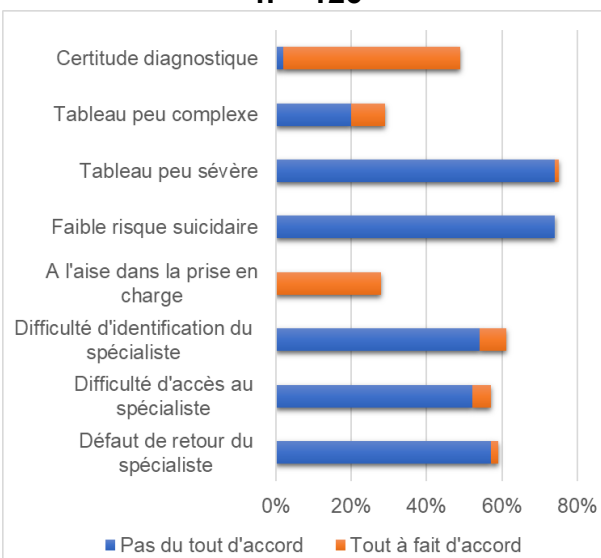


## Dépression mélancolique

**Orientation**  
n = 101



**Absence d'orientation**  
n = 126



CAT = Conduite à tenir

→ En l'absence d'orientation auprès d'une autre spécialité (cf **Figure 10**) :

La certitude diagnostique (selon les cas 11 à 46,8% TAF vs 1,6% à 9,6% PDT) et le fait de se sentir à l'aise dans la prise en charge (selon les cas 19,2% à 27,8% TAF vs 0 à 1,6% PDT) étaient les 2 principaux items qui ressortaient en cas de non-orientation auprès d'une autre spécialité dans l'ensemble des cas cliniques à l'exception de la **dépression caractérisée post-deuil** où, même si la proportion « Tout à fait d'accord » de ces 2 arguments restait supérieure à la proportion « Pas du tout d'accord », c'était le tableau peu complexe en premier lieu qui ressortait (26,2% TAF vs 4,7% PDT).

Pour les 3 autres cas cliniques, les répondants ne justifiaient pas l'absence d'orientation sur le fait que le tableau soit peu complexe (selon les cas 6,3% à 19,8% PDT vs 1,6 à 8,7% TAF). Par ailleurs, dans l'ensemble des cas, ils ne le justifiaient pas non plus sur les assertions d'un tableau peu sévère (selon les cas 10,9% à 73,8% PDT vs 0 à 3,1% TAF) ni d'un faible risque suicidaire (selon les cas 13,7% à 73,8% PDT vs 0,6 à 4,7% TAF). Cependant, leur impact était clair dans la **dépression mélancolique** puisque 73,8% des répondants n'étaient « Pas du tout d'accord » avec le fait que le tableau soit peu sévère et que le risque suicidaire soit faible, contre respectivement 0,8% et 0% qui étaient « Tout à fait d'accord » face à ses items.

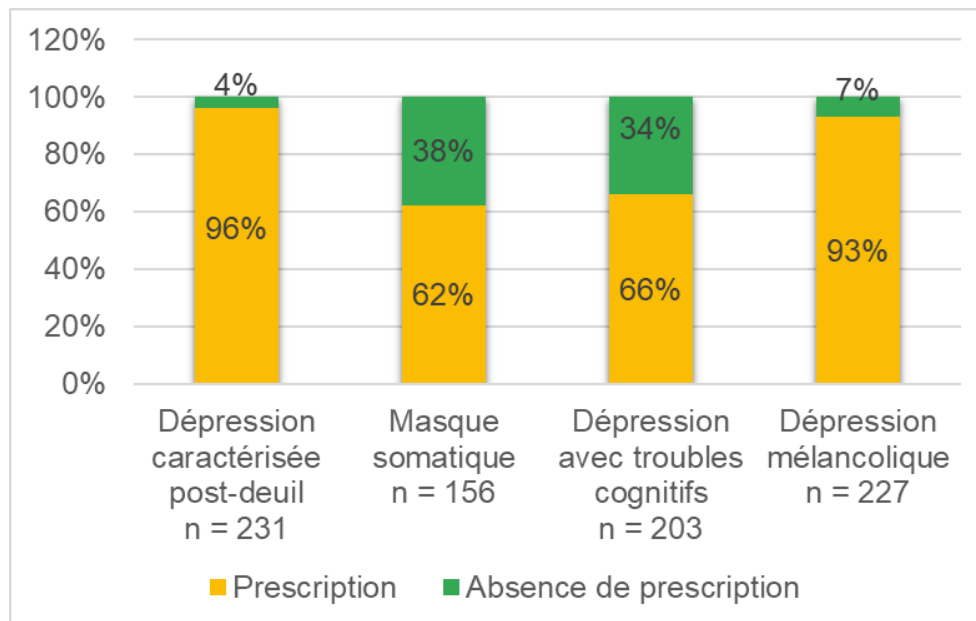
## D-Prise en charge

### 1) Initiation d'un traitement antidépresseur

Parmi les répondants ayant diagnostiqué une dépression, le choix d'un traitement par antidépresseur intervenait dans 96% des cas (n = 231) dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil** et dans 93% des cas (n = 211) dans le cadre de la **dépression mélancolique** (cf **Figure 13**). Sa prescription était autour de 2/3 des cas dans le **masque somatique** et dans la **dépression avec troubles cognitifs**.

Parmi les 139 répondants qui avaient diagnostiqué les 4 formes cliniques de dépression, 46% d'entre eux (n = 64) prescrivait un traitement antidépresseur dans chacun des cas cliniques.

**Figure 13 : Prescription ou non d'un traitement antidépresseur**



## 2) Intensité des arguments pouvant influencer le choix de la prescription ou non d'un traitement antidépresseur

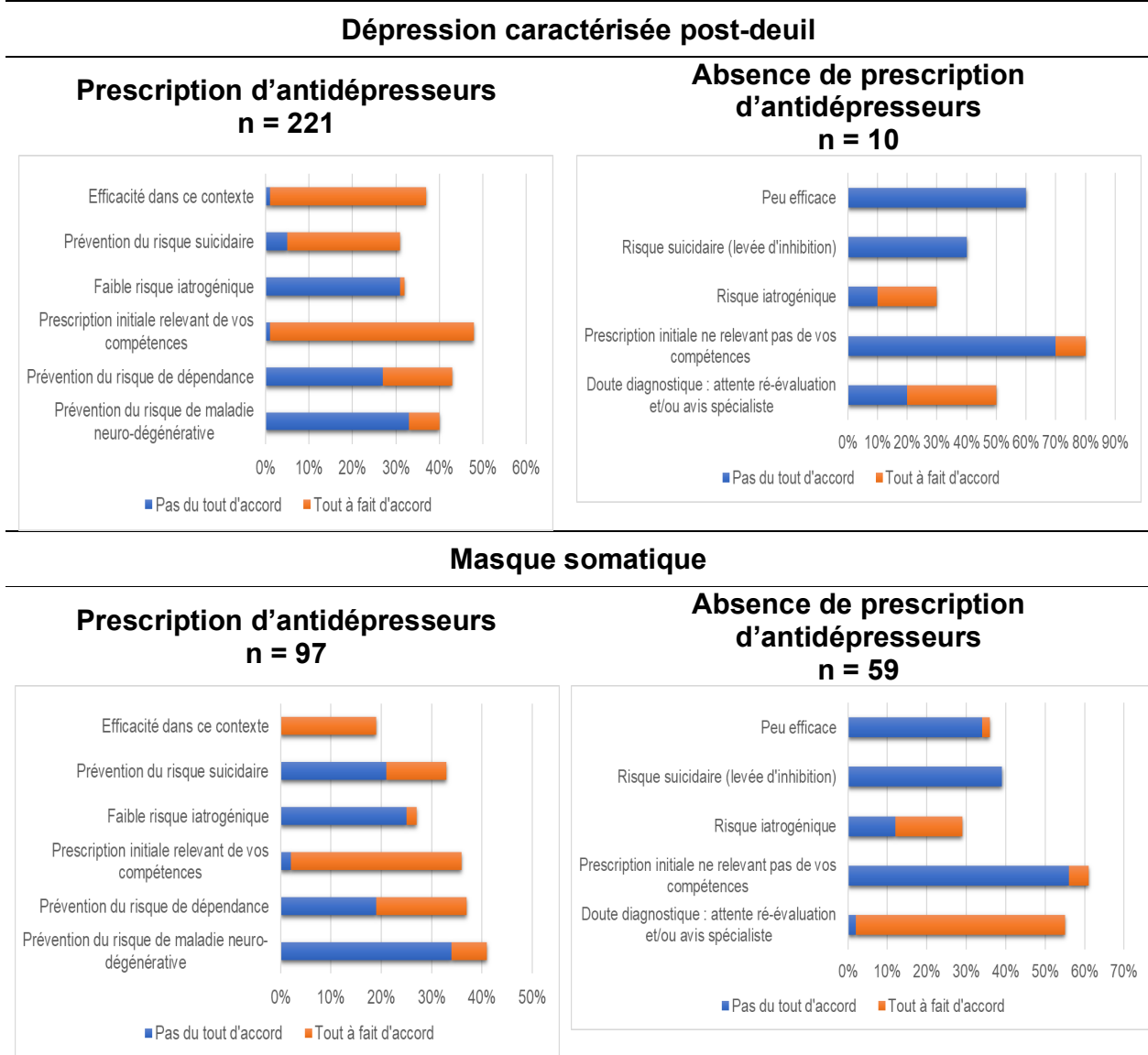
La **figure 14** présente par cas clinique les résultats des 2 extrêmes « Pas du tout d'accord » (PDT) et « Tout à fait d'accord » (TAF) pour chaque proposition pouvant influencer le choix de la prescription ou non d'un traitement antidépresseur. L'éventail de la cotation de 0 à 5 peut être consulté en annexe (cf **Figure 15** en **Annexe 6** et **Figure 16** en **Annexe 7**).

→ Lors de la prescription d'un traitement antidépresseur :

L'efficacité dudit traitement (selon les cas 17,2% à 46,9% TAF vs 0 à 0,5% PDT) et la considération que la prescription initiale relevait de leurs compétences (selon les cas

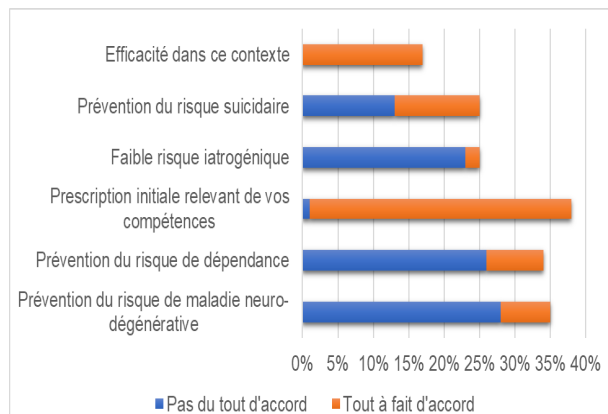
34% à 48,3% TAF vs 0 à 2,1% PDT) étaient les 2 principaux items en faveur de la prescription dans l'ensemble des cas cliniques. La prévention du risque suicidaire justifiait également cette prescription dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil** (26,2% TAF vs 5,4% PDT) et de la **dépression mélancolique** (42,2% TAF vs 4,7% PDT).

**Figure 14 : Extrêmes de cotation des propositions en faveur de la prescription d'un traitement antidépresseur versus en défaveur selon le cas clinique**

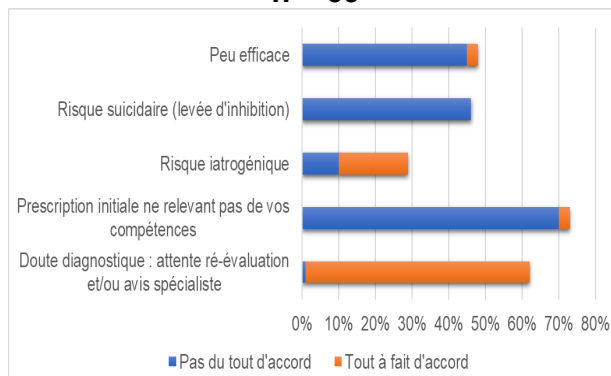


## Dépression avec troubles cognitifs

### Prescription d'antidépresseurs n = 134

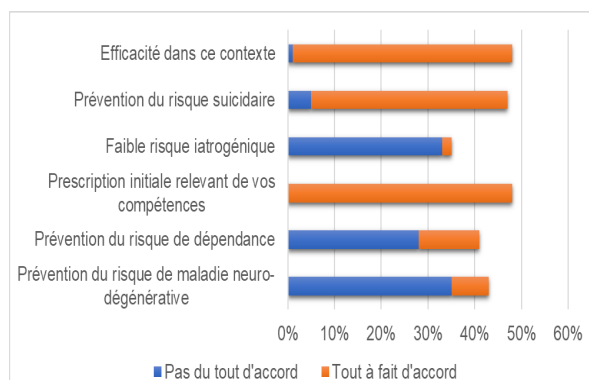


### Absence de prescription d'antidépresseurs n = 69

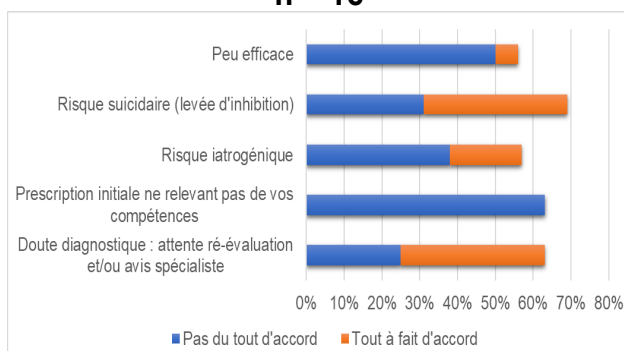


## Dépression mélancolique

### Prescription d'antidépresseurs n = 211



### Absence de prescription d'antidépresseurs n = 16



→ En l'absence de prescription d'un traitement antidépresseur (cf **Figure 14**) :

Le doute diagnostique était le principal item qui semblait justifier l'absence de prescription d'un traitement antidépresseur dans les 4 cas cliniques (selon les cas 30 à 60,9% TAF vs 1,4% à 25% PDT).

Le risque iatrogénique était le 2<sup>ème</sup> item qui ressortait à l'exception de la **dépression mélancolique** où 37,5% des répondants n'étaient « Pas du tout d'accord » avec le fait

que cette proposition entre en compte dans leur prise de décision de ne pas prescrire un traitement antidépresseur (vs 18,8% qui ne sont « Pas du tout d'accord »).

Selon les cas cliniques, 55,9% à 70% des répondants n'étaient « Pas du tout d'accord » avec la proposition que la prescription initiale ne relevait pas de leur compétence alors que seuls 0 à 10% des répondants étaient « Tout à fait d'accord » avec cette assertion.

De même, 33,9 à 60% des répondants selon les cas n'étaient « Pas du Tout d'accord » avec la proposition que ce traitement puisse être « Peu efficace » dans le contexte du cas clinique correspondant vs 0 à 6,3% qui étaient « Tout à fait d'accord ».

Le risque suicidaire par levée d'inhibition semblait limiter la prescription uniquement dans la **dépression mélancolique** (37,5% TAF vs 31,3% PDT).

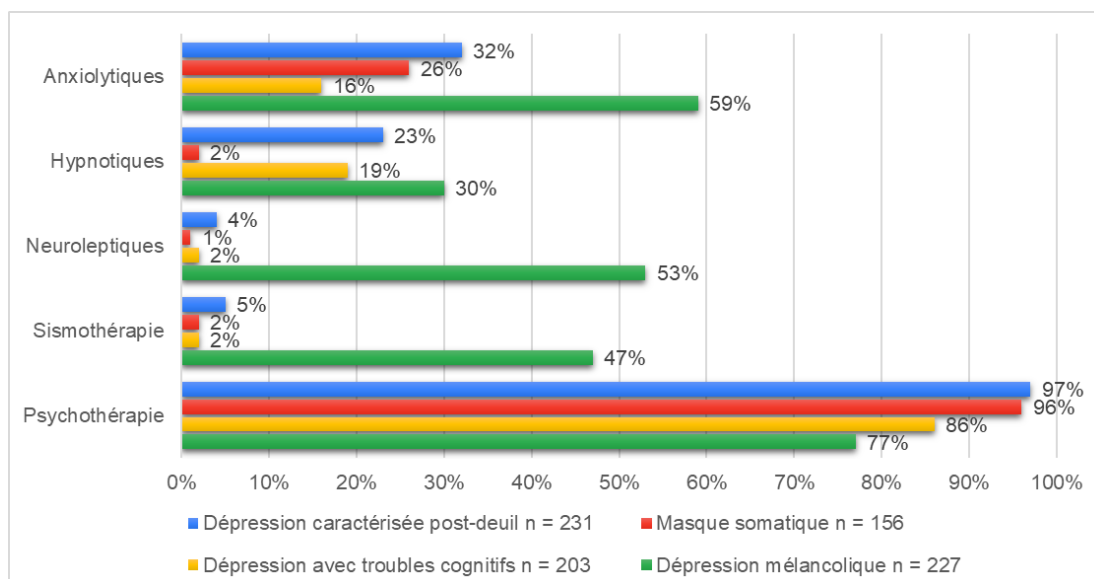
### 3) Prise en charge associée

Sur le plan pharmacologique, la prescription d'anxiolytiques variait de 16% à 59% et était maximale dans la **dépression mélancolique** (cf **Figure 17**). Le taux d'hypnotiques s'étendait de 2% dans le **masque somatique** à 30% dans la **dépression mélancolique**. Le recours aux neuroleptiques était inférieur à 5% à l'exception du cas de la **dépression mélancolique** où ils étaient utilisés chez la moitié des répondants.

Sur le plan des thérapies non pharmacologiques, la sismothérapie intervenait peu, entre 2 et 5% selon les cas, à l'exception de la **dépression mélancolique** où le recours s'élevait à 47%. Enfin, la psychothérapie complétait la prise en charge chez la quasi-totalité des diagnostiqueurs dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil** et du **masque somatique** et chez plus de 2/3 des diagnostiqueurs dans la **dépression avec troubles cognitifs** et la **dépression mélancolique**.

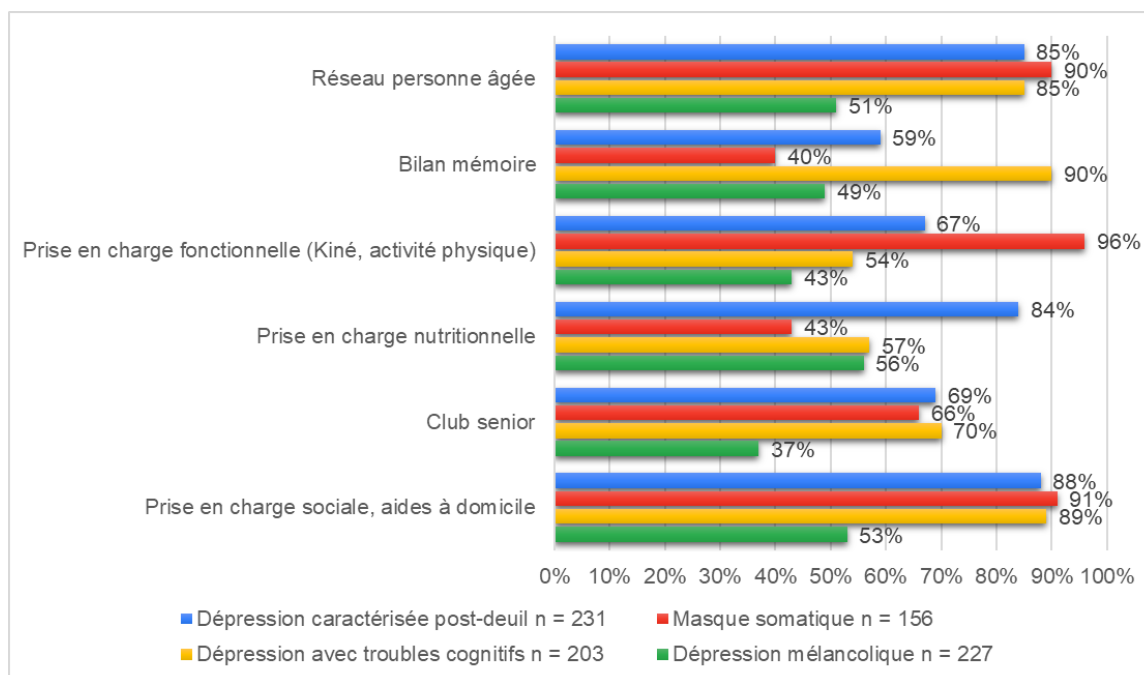


**Figure 17 : Autres thérapeutiques**



A l'exception de la **dépression mélancolique**, la prise en charge était complétée par des mesures sociales et l'intervention du réseau personne âgée dans près de 90% des cas et par l'orientation sur un club senior dans près de 2/3 tiers des cas (cf **Figure 18**).

**Figure 18 : Prise en charge globale associée**



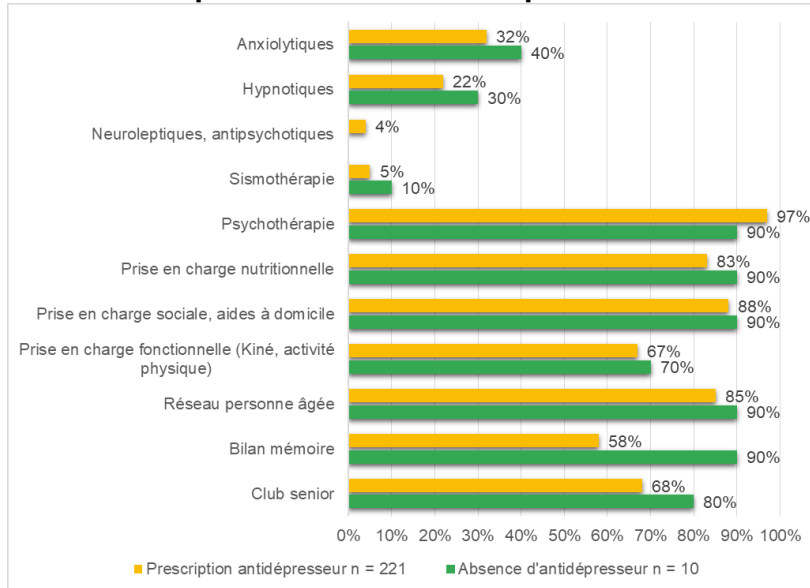
L'ensemble des résultats concernant la prise en charge associée est disponible en **Annexe 8** (cf **Tableau 5** et **6**).

Des comparaisons ont été réalisées afin de distinguer la prise en charge entre les diagnostiqueurs prescrivant un traitement antidépresseur et ceux ne choisissant pas de le prescrire. Les résultats complets sont disponibles en **Annexe 9**. Peu de différences ont été retrouvées :

- ➔ Dans le **masque somatique**, la prise en charge associée différait premièrement sur le plan pharmacologique par une prescription d'anxiolytiques supérieure dans le groupe « antidépresseurs » par rapport au groupe « sans antidépresseurs » (19,4% vs 8,7%,  $p < 0,05$ ) mais également sur le plan des partenaires par la sollicitation du réseau personne âgée, plus fortement sollicité dans le groupe « antidépresseurs » (93,8% vs 83,1%,  $p < 0,05$ ) (cf **Figure 19b**). En l'absence de traitement antidépresseur, les anxiolytiques étaient prescrits dans près de 20% des cas.
- ➔ Dans la **dépression avec troubles cognitifs**, la prise en charge associée ne différait que pour la psychothérapie, plus fréquemment utilisée dans le groupe « antidépresseurs » (91% vs 76,8% dans le groupe « sans antidépresseurs »,  $p < 0,05$ ) (cf **Figure 19c**). En l'absence de traitement antidépresseur, les hypnotiques étaient prescrits dans 20% des cas.
- ➔ Dans la **dépression mélancolique**, la prise en charge associée ne différait que dans la prescription d'un traitement par neuroleptiques, plus important dans le groupe « antidépresseurs » où cette prescription est de 55%, que dans le groupe « sans antidépresseurs » où elle est de 25%,  $p < 0,05$  (cf **Figure 19d**). Les anxiolytiques complétaient le traitement antidépresseur chez 60,2% des répondants du groupe « antidépresseurs » et étaient prescrits parmi 43,8% des répondants du groupe « sans antidépresseur ». Enfin, la sismothérapie intervenait chez près de la moitié des répondants du groupe « antidépresseurs » et chez près d'un tiers des répondants du groupe « sans antidépresseurs ».

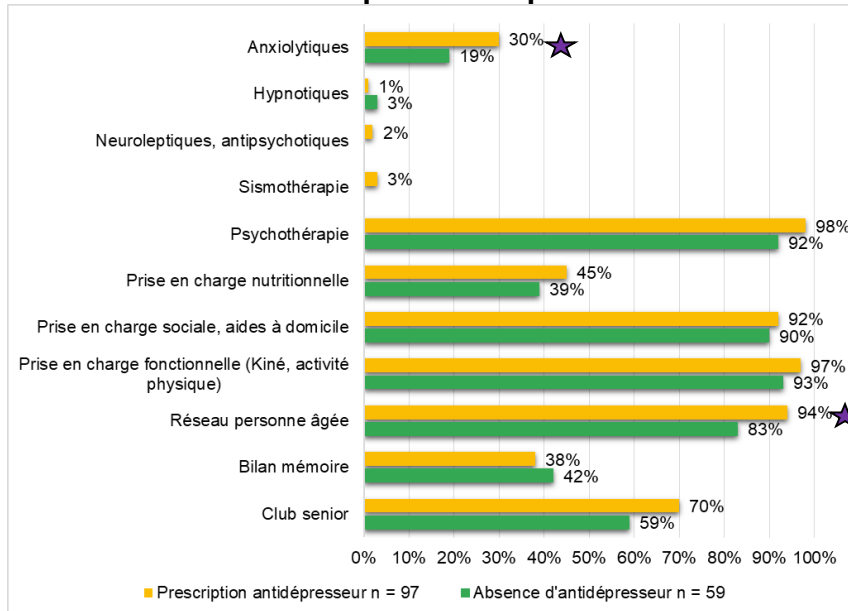
**Figure 19a : Prise en charge associée selon la prescription ou non d'antidépresseurs**

**Dépression caractérisée post-deuil**



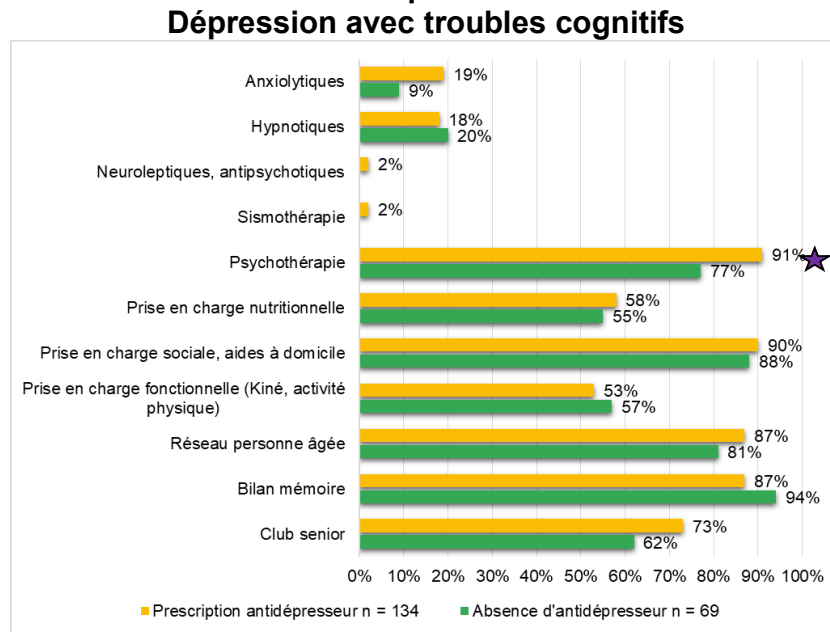
**Figure 19b : Prise en charge associée selon la prescription ou non d'antidépresseurs**

**Masque somatique**

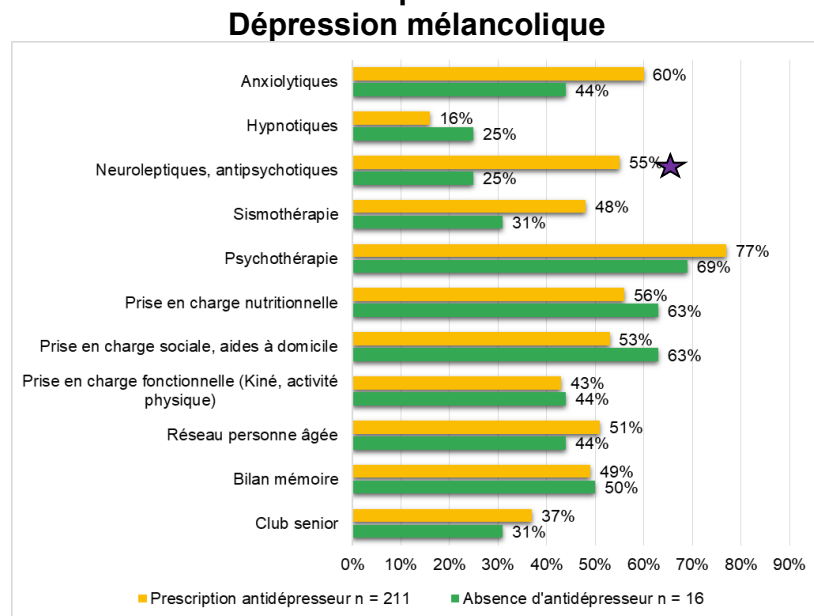


★ p < 0,05

**Figure 19c : Prise en charge associée selon la prescription ou non d'antidépresseurs**



**Figure 19d : Prise en charge associée selon la prescription ou non d'antidépresseurs**



A l'issu de ces résultats, une nouvelle interrogation s'est posée : quel était le pourcentage d'orientation parmi les répondants ne prescrivant pas de traitement antidépresseur ? Et celui-ci différait-il des prescripteurs ? Le **Tableau 11** présente les résultats de ce questionnaire. Dans l'ensemble des cas cliniques, le taux d'orientation parmi les médecins non prescripteurs (variant de 60% à 85,5%) était supérieur à celui des médecins prescripteurs (variant de 24 à 59,7%).

**Tableau 11 : Croisement prescription traitement antidépresseur/orientation autre spécialiste**

<b>Dépression caractérisée post-deuil</b>	<b>Prescription AD n = 221</b>	<b>Absence prescription AD n = 10</b>	<b>p value</b>
<b>Orientation N (%)</b>			
Oui	53 (24)	6 (60)	0.02
Non	168 (76)	4 (40)	
<b>Masque somatique</b>	<b>Prescription AD n = 97</b>	<b>Absence prescription AD n = 59</b>	<b>p value</b>
<b>Orientation N (%)</b>			
Oui	43 (44,3)	40 (67,8)	0,004
Non	54 (55,7)	19 (32,2)	
<b>Dépression avec troubles cognitifs</b>	<b>Prescription AD n = 134</b>	<b>Absence prescription AD n = 69</b>	<b>p value</b>
<b>Orientation N (%)</b>			
Oui	80 (59,7)	59 (85,5)	< 0,001
Non	54 (30,3)	10 (14,5)	
<b>Dépression mélancolique</b>	<b>Prescription AD n = 211</b>	<b>Absence prescription AD n = 16</b>	<b>p value</b>
<b>Orientation N (%)</b>			
Oui	88 (41,7)	13 (81,3)	0,002
Non	123 (58,3)	3 (18,7)	

AD = antidépresseur

## E-Comparaison entre médecins « seniors » et internes

### 1) Caractéristiques

Le pourcentage de femmes était similaire dans les deux groupes.

Les internes avaient une moyenne d'âge inférieure à celle des médecins « seniors » ( $27,8 \pm 2$  vs  $35,8 \pm 10$ ,  $p < 0,001$ ).

Par rapport aux médecins « seniors », ils exerçaient plus souvent dans un établissement de santé avec exercice hospitalier (92,1% vs 80,8%,  $p < 0,05$ ), exerçaient moins en ambulatoire (25,8% vs 41,1%,  $p < 0,05$ ) et intervenaient moins en établissements pour personnes âgées (2,2% vs 8,9%,  $p < 0,05$ ).

Il n'y avait pas de différence concernant la formation en psychiatrie de la personne âgée.

### 2) Diagnostic de dépression, orientation au spécialiste et prise en charge

Le **tableau 12** reprend les principales comparaisons entre les médecins « seniors » et les internes avec les principales différences retrouvées.

Il n'y avait pas de différence dans le diagnostic de dépression entre les médecins « seniors » et les internes.

Concernant l'orientation au spécialiste, il n'y avait pas non plus de différence.

Il n'y avait pas de différence dans l'introduction d'un traitement antidépresseur dans les 3 premiers cas cliniques. Dans le cas de la **mélancolie délirante**, les internes introduisaient moins que les médecins « seniors » un traitement antidépresseur (88,4% vs 95,7%,  $p < 0,05$ ). La seule différence dans la prise en charge associée a été retrouvée dans la **dépression mélancolique** où les « médecins seniors » prescrivaient plus souvent des anxiolytiques (63,1% vs 52,3%,  $p < 0,05$ ) (cf **Annexe 10**).

Une comparaison des arguments pouvant justifier l'introduction ou non d'un traitement antidépresseur a été réalisée entre les médecins « seniors » et les internes dans le cas de la **dépression mélancolique** (cf **Annexe 11**). Parmi ceux prescrivant un traitement antidépresseur, les internes étaient plus souvent que les médecins « seniors » « Pas du tout d'accord » vis-à-vis de la prévention du risque de dépendance (42,1% vs 19,3%,  $p < 0,001$ ), de la prévention du risque de maladie neurodégénérative (44,7% vs 29,6%,  $p < 0,05$ ) et du faible risque iatrogénique (42,1% vs 28,1%,  $p < 0,05$ ). Il n'y avait pas de distinction d'arguments parmi ceux qui ne prescrivaient pas de traitement antidépresseur.

Tableau 12 : Sous-groupe médecins « seniors » vs internes

	Médecins « seniors » n = 146	Internes n = 89	p value
<b>Dépression caractérisée post-deuil</b>			
Diagnostic N (%)	144 (98,6)	87 (97,8)	0,635
Orientation N (%)	35 (24,3)	24 (27,6)	0,58
Introduction antidépresseur N (%)	137 (95,1)	84 (96,6)	0,747
<b>Masque somatique</b>			
Diagnostic N (%)	102 (69,9)	54 (60,7)	0,148
Orientation N (%)	51 (50)	32 (59,3)	0,27
Introduction antidépresseur N (%)	62 (60,8)	35 (64,8)	0,621
<b>Dépression avec troubles cognitifs</b>			
Diagnostic N (%)	124 (84,9)	79 (88,8)	0,406
Orientation N (%)	81 (65,3)	58 (73,4)	0,226
Introduction antidépresseur N (%)	84 (67,7)	50 (63,3)	0,514
<b>Dépression mélancolique</b>			
Diagnostic N (%)	141 (96,6)	86 (96,6)	1
Orientation N (%)	58 (41,1)	43 (50)	0,192
Introduction antidépresseur N (%)	135 (95,7)	76 (88,4)	<b>0,035</b>
Prévention du risque de dépendance			
PDT N (%)	26 (19,3)	32 (42,1)	<b>0,000*</b>
Prévention du risque de maladie neurodégénérative			
PDT N (%)	40 (29,6)	34 (44,7)	<b>0,027*</b>
Faible risque iatrogénique			
PDT N (%)	38 (28,1)	32 (42,1)	<b>0,039*</b>
<b>Prise en charge associée</b>			
Anxiolytiques N (%)	88 (63,1)	40 (52,3)	<b>0,009</b>
<b>Identification des 4 formes cliniques</b>			
« Superdiagnostiqueurs »	91 (62,3)	48 (53,9)	0,204

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord



## F- Comparaison entre les formés et les non formés à la psychiatrie de la personne âgée

### 1) Caractéristiques

Le pourcentage de femmes était similaire dans les deux groupes. Les non formés avaient une moyenne d'âge inférieure à celle des formés ( $31 \pm 7,8$  vs  $34,4 \pm 9,9$ ,  $p < 0,05$ ).

Les formés exerçaient plus souvent en libéral (7,3% vs 1,8%,  $p < 0,05$ ) et en EHPAD (9,7% vs 2,7%,  $p < 0,05$ ).

Les internes formés étaient plus souvent des vieux semestres (65,9% vs 37,5%,  $p < 0,05$ ). Il n'y avait pas de différence d'ancienneté parmi les médecins « seniors ».

### 2) Diagnostic de dépression, orientation au spécialiste et prise en charge

Le **tableau 18** reprend les principales comparaisons entre les formés et les non formés avec les principales différences retrouvées.

La **dépression avec troubles cognitifs** et la **dépression mélancolique** étaient plus facilement diagnostiquées chez les formés que chez les non formés (respectivement 93,5% vs 78,4%,  $p = 0,001$  et 99,2% vs 93,7%,  $p < 0,05$ ). De même, les non formés avaient tendance à plus souvent identifier le **masque somatique** (71,8% vs 60,4%,  $p = 0,064$ ). Les formés avaient plus de facilités que les non formés à identifier une dépression sur l'ensemble des 4 cas cliniques (59,7% vs 50,5%,  $p < 0,05$ ).

Les non formés orientaient plus souvent que les formés dans le cadre de la **dépression mélancolique** (51,9% vs 38,2%,  $p < 0,05$ ). Il n'y avait pas de distinction de la spécialité choisie (cf **Tableau 19** en **Annexe 12**). Une comparaison des arguments pouvant

justifier l'orientation ou non a été réalisée dans ce cas (cf **Tableau 20a** et **20b** en **Annexe 12**). Parmi ceux qui n'orientaient pas, les formés étaient plus souvent que les non formés « Tout à fait d'accord » sur le fait d'être à l'aise dans la prise en charge (38,2% vs 12%,  $p = 0,001$ ) et plus souvent « Pas du tout d'accord » sur les difficultés d'identification du spécialiste, sur les difficultés d'accès et sur le défaut de retour d'informations de celui-ci (respectivement 64,5% vs 38%, 63,2% vs 36% et 67,1% vs 42%,  $p < 0,05$ ). Il n'y avait pas de distinction d'arguments parmi ceux qui orientaient.

Les formés introduisaient plus souvent que les non formés un traitement antidépresseur dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil** et du **masque somatique** (respectivement 98,4% vs 92,7%,  $p < 0,05$  et 70,8% vs 50,7%,  $p < 0,05$ ). De même, les formés avaient tendance à plus souvent prescrire un traitement antidépresseur dans la **dépression avec troubles cognitifs** (71,6% vs 58,6%,  $p = 0,054$ ). Une comparaison des arguments pouvant justifier l'introduction ou non d'un traitement antidépresseur a été réalisée pour les cas cliniques suivants (cf **Annexe 13**) :

- ➔ Dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil**, parmi les prescripteurs, les formés étaient plus souvent que les non formés « Tout à fait d'accord » sur la prévention du risque suicidaire et sur le fait que la prescription initiale relevait de leur compétence (respectivement 32,5% vs 18,8% et 54,2% vs 37,6%,  $p < 0,05$ ). Il n'y avait pas de différence dans les arguments parmi les non prescripteurs.
- ➔ Dans le cadre du **masque somatique**, parmi les prescripteurs, les non formés étaient plus souvent que les formés « Tout à fait d'accord » sur l'efficacité du traitement (29,4% vs 12,7%,  $p < 0,05$ ) et plus souvent « Pas du tout d'accord » sur la prévention du risque de dépendance et la prévention du risque de maladie neurodégénérative (respectivement 29,4% vs 12,7% et 47,1% vs 27%,  $p < 0,05$ ). Parmi les non prescripteurs, les formés étaient plus souvent que les non formés « Tout à fait d'accord » sur le doute diagnostique (69,2% vs 39,4%,  $p < 0,05$ ) et plus souvent « Pas du tout d'accord » sur le risque suicidaire par levée d'inhibition et sur le fait que la prescription initiale ne relevait pas de leur compétence (respectivement 53,8% vs 27,3% et 73,1% vs 42,4%,  $p < 0,05$ ).

→ Dans le cadre de la **dépression avec troubles cognitifs**, seul l'argument « Prévention du risque de maladie neurodégénérative » a été comparé entre les formés et non formés, sans différence retrouvée.

Concernant la prise en charge associée, une différence était retrouvée pour le bilan mémoire, auquel les non formés faisaient plus souvent appel que les formés dans la **dépression caractérisée post-deuil** (67% vs 52,5%,  $p < 0,05$ ) et la **dépression mélancolique** (56,7% vs 43,1%,  $p < 0,05$ ) (cf **Annexe 10**). Le club senior était également plus fréquemment associé dans la prise en charge parmi les non formés dans le cadre de la **dépression mélancolique** (44,2% vs 30,1%,  $p < 0,05$ ).

**Tableau 18 : Sous-groupe Formés vs Non formés**

	<b>Formés n = 124</b>	<b>Non formés n = 111</b>	<b>p value</b>
<b>Dépression caractérisée post-deuil</b>			
<b>Diagnostic N (%)</b>	122 (98,4)	109 (98,2)	1
<b>Orientation N (%)</b>	30 (24,6)	29 (26,6)	0,726
<b>Introduction antidépresseur N (%)</b>	120 (98,4)	101 (92,7)	<b>0,049</b>
Prévention du risque suicidaire			
TAF N (%)	39 (32,5)	19 (18,8)	<b>0,021*</b>
Prescription initiale relevant de vos compétences			
TAF N (%)	65 (54,2)	38 (37,6)	<b>0,014*</b>
<b>Masque somatique</b>			
<b>Diagnostic N (%)</b>	89 (71,8)	67 (60,4)	0,064
<b>Orientation N (%)</b>	42 (47,2)	41 (61,2)	0,083
<b>Introduction antidépresseur N (%)</b>	63 (70,8)	34 (50,7)	<b>0,011</b>
Efficacité dans ce contexte			
TAF N (%)	8 (12,7)	10 (29,4)	<b>0,043*</b>
Prévention du risque de dépendance			
PDT N (%)	8 (12,7)	10 (29,4)	<b>0,043*</b>
Prévention du risque de maladie neurodégénérative			
PDT N (%)	17 (27)	16 (47,1)	<b>0,046*</b>
<b>Absence introduction antidépresseur N (%)</b>	26 (29,2)	33 (49,3)	<b>0,011</b>
Doute diagnostique : attente réévaluation et/ou avis spécialiste			
TAF N (%)	18 (69,2)	13 (39,4)	<b>0,023*</b>
Risque suicidaire (levée d'inhibition)			
PDT N (%)	14 (53,8)	9 (27,3)	<b>0,038*</b>
Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences			
PDT N (%)	19 (73,1)	14 (42,4)	<b>0,019*</b>
<b>Dépression avec troubles cognitifs</b>			
<b>Diagnostic N (%)</b>	116 (93,5)	87 (78,4)	<b>0,001</b>
<b>Orientation N (%)</b>	76 (65,5)	63 (72,4)	0,295
<b>Introduction antidépresseur N (%)</b>	83 (71,6)	51 (58,6)	0,054
<b>Dépression mélancolique</b>			
<b>Diagnostic N (%)</b>	123 (99,2)	104 (93,7)	<b>0,028</b>
<b>Absence d'orientation N (%)</b>	76 (61,8)	50 (48,1)	<b>0,038</b>
A l'aise dans la prise en charge			
TAF N (%)	29 (38,2)	6 (12)	<b>0,001*</b>
Difficultés d'identification du spécialiste			
PDT N (%)	49 (64,5)	19 (38)	<b>0,004*</b>
Difficultés d'accès au spécialiste			
PDT N (%)	48 (63,2)	18 (36)	<b>0,003*</b>
Défaut de retour d'informations du spécialiste			
PDT N (%)	51 (67,1)	21 (42)	<b>0,005*</b>
<b>Introduction antidépresseur N (%)</b>	115 (93,5)	96 (92,3)	<b>0,727</b>
<b>Identification des 4 formes cliniques</b>			
<b>« Superdiagnostiqueurs »</b>	83 (59,7)	56 (50,5)	<b>0,01</b>

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord

TAF = Tout à fait d'accord

## IV- Discussion

### A-Diagnostic de dépression

La capacité de diagnostic des psychiatres des formes dites « typiques » de dépression est excellente, proche de 100% pour la **dépression caractérisée post-deuil** et la **dépression mélancolique**. Pour les formes dites « atypiques », elle reste correcte dans le cadre de la **dépression avec troubles cognitifs**, mais très insatisfaisante dans le **masque somatique** avec seulement 2/3 de diagnostic.

Le recours aux échelles est important avec en premier lieu l'utilisation de la GDS-15 et de la mini-GDS, échelles effectivement de référence dans la dépression du sujet âgé. Parmi les échelles classiques de dépression chez l'adulte, c'est la MADRS qui est ici préférentiellement utilisée. L'étude des caractéristiques parmi les utilisateurs d'échelles et leur comparaison avec les psychiatres n'en utilisant pas a permis notamment de relever que leur utilisation était plus fréquente parmi les jeunes psychiatres, jeunes en termes d'âge, en termes d'années d'ancienneté parmi les médecins « seniors » et en termes de semestres déroulés parmi les internes. Nous pourrions l'interpréter comme un reflet du besoin de confirmation par rapport au doute diagnostique chez les plus jeunes psychiatres mais également comme le témoin d'une plus grande sensibilisation du recours aux échelles parmi les nouvelles générations.

### B- Orientation

L'orientation auprès d'une autre spécialité est étonnamment fréquente pour une pathologie psychiatrique. Et pourtant, la moitié de notre population avait eu une formation en psychiatrie de la personne âgée.

C'est la **dépression caractérisée post-deuil** qui a le taux le plus faible d'orientation, avec très peu d'incertitude diagnostique parmi les ¼ de répondants choisissant

l'orientation mais avec le ressenti d'un besoin de complément d'informations sur la prise en charge. La cause de l'orientation, auprès du gériopsychiatre dans la majorité des cas, semble être ainsi liée à un défaut d'aisance dans la prise en charge de la personne âgée en elle-même. Par ailleurs, 1/3 des orientations se font auprès du médecin généraliste et du gériatre, témoin du souci d'une prise en charge somatique associée.

Ce sont les formes « atypiques » qui ont les taux les plus élevés d'orientation, très clairement justifiée par l'incertitude et la complexité des tableaux. L'intervention des spécialités somatiques est plus nette, près d'un tiers auprès du gériatre dans le **masque somatique** et près de 60% se répartissant entre le gériatre et le neurologue dans la **dépression avec troubles cognitifs**, témoin du souci d'une évaluation somatique préalable avec élimination d'un diagnostic différentiel.

Les répondants qui n'orientent pas sont globalement certains du diagnostic et à l'aise dans la prise en charge. L'absence d'orientation ne semble donc pas liée à un défaut d'identification du spécialiste à contacter, ni d'accès à celui-ci. Dans une étude réalisée en 2011, également à partir de vignettes cliniques mais auprès de médecins généralistes sur la prise en charge de la dépression sans critère d'âge, il avait été relevé que 8 médecins généralistes sur 10 jugeaient difficile l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale (51). Nous nous étions ainsi demandé si cette difficulté d'accès pouvait également exister chez les psychiatres auprès notamment du gériopsychiatre. Dans notre étude, parmi les répondants choisissant l'orientation, 1 psychiatre sur 5 n'est « Pas du tout d'accord » sur la facilité d'accès au spécialiste, à l'exception de la **dépression mélancolique** où 1 psychiatre sur 5 est « Tout à fait d'accord » sur ce même argument. Cette différence sur le cas clinique pouvant s'expliquer par un recours majoritaire à l'hospitalisation complète dans la **dépression mélancolique** et, ainsi plus fréquemment que pour les autres cas cliniques, en la psychiatrie générale. En effet, en pratique, la personne âgée est régulièrement hospitalisée en psychiatrie adulte par un défaut de structures hospitalières spécifiques dont l'existence est inégale sur le territoire même si elle tend à se développer. De ce fait, cette difficulté d'accès semble exister au moins auprès du gériopsychiatre, mais très probablement également auprès du gériatre et du neurologue puisque le choix de

l'orientation dans le **masque somatique** se divisait de façon quasi proportionnelle entre ces 3 spécialités avec également la perception d'une difficulté d'accès.

## C-Prescription d'antidépresseurs et prise en charge associée

L'introduction d'un traitement antidépresseur est maximale dans les formes « typiques » mais n'intervient que dans 2/3 des cas dans les formes « atypiques ». Pourtant, les répondants reconnaissent son efficacité quel que soit le tableau, qu'ils aient choisi de le prescrire ou non, et avec la perception que la prescription initiale relève bien de leur compétence. Les psychiatres sont ainsi bien conscients de l'efficacité du traitement antidépresseur.

D'après les recommandations HAS, l'introduction d'un traitement antidépresseur doit être discutée pour tout épisode dépressif avec une intensité a minima modérée (52). Il est vrai que la brièveté des vignettes ne permettait pas toujours d'évaluer avec précision l'intensité de l'épisode. Cependant, en se référant aux critères du DSM-V, l'intensité pouvait être évaluée comme modérée dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil** et de la **dépression avec troubles cognitifs**. Concernant la **dépression mélancolique**, elle est sévère par définition. Ainsi, seul le **masque somatique** ne pouvait remplir l'ensemble des critères, mais il s'agit de la particularité même du masque dépressif.

Quant à la prise en charge associée, elle ne différait que très peu entre les prescripteurs et les non prescripteurs d'antidépresseurs. Ainsi, la non-prescription d'antidépresseurs n'était pas expliquée par le choix plus fréquent d'une autre stratégie thérapeutique (psychothérapie seule ou sismothérapie par exemple).

Les deux autres limites envisagées à la prescription d'un traitement antidépresseur étaient la peur du risque iatrogénique et du risque suicidaire par levée d'inhibition. Qu'ils prescrivent ou non, les psychiatres sont sensibles au risque iatrogénique et cet argument ne semble donc pas expliquer à lui seul la frilosité de sa prescription.

Cependant, la peur de la levée d'inhibition et d'un potentiel risque suicidaire semble bien limiter la prescription dans la **dépression mélancolique** parmi les faibles effectifs ne choisissant pas d'introduire d'antidépresseurs (16 répondants).

S'ils ne prescrivent pas d'antidépresseurs, les psychiatres ont majoritairement orientés en amont. C'est ainsi le doute diagnostique qui est le principal élément limitant, avec soit une délégation de la prise en charge auprès du gériopsychiatre, soit dans l'attente d'un avis préalable excluant un diagnostic différentiel avant de débiter ce traitement. Pourtant, en cas de doute entre une dépression et une maladie neurodégénérative débutante, il est conseillé de débiter un traitement antidépresseur comme traitement dit « de test ». Par ailleurs, le traitement antidépresseur pourrait retarder l'entrée dans la démence. Une étude réalisée par Bartels et son équipe a mis en évidence dans une population d'individus présentant un trouble neurocognitif léger avec antécédent de dépression que le traitement par ISRS au long cours avait permis de retarder de 3 ans la progression vers une maladie d'Alzheimer (53). Les psychiatres, en ne justifiant pas l'introduction du traitement antidépresseur par un effet préventif de maladie neurodégénérative, semblent peu informés sur ce point.

Toutefois, l'absence de traitement antidépresseur n'était pas synonyme d'absence de prise en charge. En effet, le recours à la psychothérapie restait important parmi les non prescripteurs d'antidépresseurs et était complétée par des mesures socio-environnementales (aides au domicile, club senior).

Sur le plan pharmacologique, les anxiolytiques sont essentiellement prescrits en cas d'insomnie (**dépression caractérisée post-deuil**) ou de risque suicidaire et, même si ce n'était significatif que dans le cadre du **masque somatique**, leur utilisation est plus fréquente en association avec le traitement antidépresseur que sans celui-ci, pratique que nous pourrions interpréter en partie comme la volonté de limiter le risque suicidaire par levée d'inhibition à l'introduction du traitement antidépresseur. Seule la **dépression caractérisée post-deuil** ne montrait pas cette tendance mais l'effectif des répondants ne choisissant pas de prescrire d'antidépresseurs était très faible par rapport aux prescripteurs (10 répondants vs 221). On remarque ainsi qu'il peut exister une prescription isolée d'anxiolytiques. Quant aux hypnotiques, ils ne sont pas



systematiques et interviennent en cas de plainte du sommeil ou dans les formes sévères mais leur prescription isolée est également visible. En France, il existe une surconsommation de benzodiazépines et d'hypnotiques de façon générale (54). Une étude réalisée à Marseille sur plusieurs services de psychiatrie chez le sujet de plus de 65 ans a mis en évidence que 76% d'entre eux avaient au moins une potentielle prescription inappropriée de psychotropes et que cela concernait essentiellement les benzodiazépines (55). Outre le risque de dépendance en cas d'utilisation non contrôlée, ce sont les effets secondaires auxquels sont plus sensibles les personnes âgées qui doivent limiter leur utilisation. Notamment, le lien entre leur consommation et le risque de chute chez le sujet âgé n'est plus à démontrer (56). Concernant les neuroleptiques, leur utilisation est majeure dans la **dépression mélancolique** où un psychiatre sur deux les introduit. Ils ne sont que très rarement prescrits de façon isolée (4 répondants).

Sur le plan thérapeutique non pharmacologique, les psychiatres complètent la prise en charge avec la psychothérapie dans au minimum  $\frac{3}{4}$  des cas. Son utilisation était moindre dans la **dépression mélancolique** mais cela était cohérent, les formes sévères étant peu réceptives à une thérapie ciblée et la priorité étant à l'hospitalisation. La présence de troubles cognitifs ne préjuge pas d'un défaut de recours à la psychothérapie puisque 85% des psychiatres y font appel. Dans les formes typiques sans gravité (**dépression caractérisée post-deuil**) et dans le **masque somatique**, elle est quasi-systématique. Les psychiatres semblent ainsi avoir une bonne notion de l'efficacité de la psychothérapie chez le sujet âgé, comparable à celle de l'adulte jeune (57). La sismothérapie, pourtant considérée comme un traitement de choix dans la **dépression mélancolique**, est peu utilisée parmi nos répondants. On peut suspecter un défaut de moyen par inégalité territoriale mais également une réticence des psychiatres à y recourir chez la personne âgée, soit par une inquiétude vis-à-vis des conséquences somatiques ou cognitives, soit par une mauvaise perception de l'utilisation de la technique sur le sujet âgé chez les psychiatres eux-mêmes. En effet, Ben Thabet avait déjà étudié la réticence de la sismothérapie chez les professionnels de santé et avait évoqué un lien avec un défaut de connaissance. Parmi le groupe des psychiatres, seuls 57% d'entre eux avait la notion que la sismothérapie pouvait être

indiquée chez le sujet âgé (58). De même, aux Pays-Bas, une étude a mis en évidence que les gériopsychiatres ne considéraient pas la sismothérapie, même en cas de risque suicidaire, comme un traitement de choix chez le sujet âgé (59). On peut ainsi également suspecter un défaut de connaissances chez les psychiatres en France sur l'efficacité et la sécurité de la sismothérapie chez la personne âgée. Pourtant, c'est le seul traitement qui s'est révélé être plus efficace chez le sujet âgé que chez le sujet jeune et avec pour principal effet secondaire un effet confusiogène au cours de la cure, effet qui pourrait être atténué par une modification de la technique de stimulation (60). De ce fait, la sismothérapie est bien trop souvent délaissée aux formes résistantes du sujet âgé alors qu'elle a tout son intérêt en cas de risque suicidaire puisque son délai d'efficacité est plus rapide que celui de l'antidépresseur, sans aggravation cognitive et avec une bonne sécurité même en cas de comorbidités somatiques (61).

Les thérapeutiques choisies s'ancrent dans une volonté de prise en charge globale qui s'adapte aux différents éléments du tableau. Outre la **dépression mélancolique** où encore une fois la priorité était effectivement à l'hospitalisation, la prise en charge s'accompagne dans près de 90% des cas de mesures sociales et d'aides à domicile, s'appuie sur les partenaires tel que le réseau personne âgée dans 85 à 90% des cas, lutte contre l'isolement et le manque d'activité par le club senior dans 2/3 des cas. La prise en charge nutritionnelle intervient quasi-systématiquement en cas de perte de poids (**dépression caractérisée post-deuil**). Le bilan mémoire est notamment sollicité en cas de troubles cognitifs et la prise en charge fonctionnelle par kinésithérapie ou activité physique s'intègre dans la prise en charge du masque somatique.

## D-Impact et limites de la formation

Les comparaisons entre les psychiatres formés et non formés ont permis de mettre en évidence l'intérêt de la formation. Celle-ci était associée à une meilleure capacité diagnostique dans la **dépression mélancolique**, et dans les formes « atypiques »,

même s'il n'y avait qu'une tendance significative concernant le **masque somatique**. D'ailleurs, être formé permettait d'être plus souvent un « superdiagnostiqueur ».

De même, la prescription d'un traitement antidépresseur était plus fréquente dans la **dépression caractérisée post-deuil** et dans les « formes atypiques », même s'il n'y avait qu'une tendance significative dans le cadre de la **dépression avec troubles cognitifs**, et. Il y avait une plus forte croyance dans la prévention d'une maladie neurodégénérative dans le cadre du **masque somatique** mais pas dans la **dépression avec troubles cognitifs**. Enfin, les formés sont plus sensibles à la prévention du risque suicidaire dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil**, situation de veuvage récent avec verbalisation de propos macabres. La formation montre ainsi son efficacité concernant la sensibilisation des facteurs de risque de suicide et l'absence de banalisation du deuil d'un conjoint. En effet, le veuvage est un facteur de risque de suicide reconnu chez le sujet âgé et le risque est maximal la première année qui suit le décès du conjoint (62, 63). Il s'agit ainsi d'une situation nécessitant une attention toute particulière avec une prise en charge indispensable du deuil.

La formation n'entraînait pas de modification majeure dans la prise en charge globale et n'était notamment pas associée à une prescription moindre d'anxiolytiques ou d'hypnotiques.

Enfin, les formés orientaient moins souvent dans le cadre de la **dépression mélancolique**. Ils étaient ainsi plus à l'aise dans la prise en charge. Par ailleurs, ils rapportaient moins souvent que les non formés une difficulté d'identification et d'accès au spécialiste et un moindre défaut de retour d'informations. Ces résultats suggèrent que les psychiatres formés ont une meilleure connaissance des partenaires à contacter et un meilleur accès aux structures affiliées.

La formation montre cependant ses limites dans le **masque somatique** où les capacités diagnostiques restent suboptimales. Par ailleurs, malgré une introduction plus fréquente d'un traitement antidépresseur, les formés ont une croyance en son efficacité plus faible que chez les non formés et le doute diagnostique est très important chez les non prescripteurs, près de 70% étant « Tout à fait d'accord » avec cet item. Nous pouvons

imaginer que les difficultés dans ce masque précisément soit le reflet du défaut d'aisance que peuvent avoir les psychiatres avec les pathologies somatiques en général et un défaut de connaissance qui ne leur permettent pas de distinguer une plainte somatique en lien avec une pathologie fréquente du sujet âgé d'une plainte disproportionnée ou inexplicée. De plus, nous pouvons supposer que le psychiatre ne soit pas le principal interlocuteur dans le cadre du masque somatique et que sa prise en charge soit plus fréquente auprès du médecin généraliste ou du gériatre, avec pour conséquence un défaut d'expérience chez les psychiatres.

Il faut prendre en compte que nous n'avons pas de précisions sur le type de formation réalisée (DU, cours ciblés au décours de l'internat, ...) ni le temps écoulé depuis cette formation. La population de notre étude étant constituée de praticiens jeunes, nous pouvons préjuger d'une formation globalement récente. Toutefois, seuls 6% des répondants travaillaient en établissements pour personnes âgées et nous n'avons pas d'informations sur le type de pratique au quotidien. Il est donc difficile de déterminer l'entretien de la formation, celle-ci perdant rapidement de ses bénéfices en l'absence de pratique.

## E-Difficultés des internes

La formation générale des internes est satisfaisante comme en témoigne le peu de différence avec les médecins « seniors ». La seule difficulté semble être dans la **dépression mélancolique** où malgré une très bonne capacité de diagnostic, ils introduisent moins souvent un traitement antidépresseur, moins souvent un traitement anxiolytique et sont plus inquiets du risque iatrogénique. Ces résultats peuvent s'expliquer par une prise en charge de la mélancolie plus fréquemment seniorisée avec une moindre participation des internes du fait de la sévérité du tableau.

## F- Forces de l'étude

Il s'agit de la première étude explorant le diagnostic et la prise en charge de la dépression du sujet âgé à partir de vignettes cliniques et comprenant la description de tableaux atypiques. Elle a été réalisée chez les psychiatres et l'ensemble des régions françaises étaient représentées, ainsi que les DOM-TOM, permettant une bonne uniformisation de la pratique. De plus, ce même questionnaire a été diffusé chez les médecins généralistes et les gériatres et permettra une meilleure compréhension des forces et des difficultés de chaque spécialité confrontée en première ligne à la dépression du sujet âgé. Ce futur projet a reçu l'accord du comité éthique de la faculté d'Aix-Marseille avec une volonté de publication.

Il y a peu d'études sur la prise en charge de la dépression du sujet âgé chez les psychiatres mêmes et ces résultats permettront d'améliorer la formation, intérêt grandissant dans le contexte du vieillissement de la population et d'une surspécialité en construction.

Les vignettes ne répondaient certes pas à des échelles validées mais elles ont leur limite chez le sujet âgé, d'autant plus dans les masques dépressifs. Leur avantage a été d'être rédigées avec l'aide de 2 experts dans la dépression du sujet âgé et exerçant dans 2 spécialités différentes (gérontopsychoiatrie et gériatrie).

Cette étude étant anonyme, nous pouvons nous attendre à la sincérité des réponses.

Enfin, malgré le fait que le taux de participation à l'étude ne peut être connu en raison de la diffusion à partir de mailing list détenus par des tiers, le nombre de réponses a été important et a permis des analyses en sous-groupes.

## G-Limites de l'étude

La limite principale dans ce type d'étude basée sur le volontariat est d'attirer des participants qui ont un intérêt avec le sujet porté et potentiellement avec de meilleures

connaissances sur celui-ci. Notre population est constituée de moitié par des médecins formés à la psychiatrie du sujet âgé, taux qui ne peut s'expliquer à part entière par la diffusion auprès de la SF3PA et de l'ANIPPA. La représentativité de notre étude est ainsi limitée.

Du fait de la longueur de l'étude, nous n'avons pas pu évaluer plus précisément les conditions d'introduction de l'antidépresseur, de l'évaluation de son efficacité et de son maintien. En effet, la pratique n'est pas la même que chez l'adulte jeune. Il est maintenant établi que le traitement antidépresseur chez le sujet âgé doit être débuté à demi-dose avec un délai d'évaluation de l'efficacité plus long que chez l'adulte, entre 4 à 6 semaines, et avec un maintien du traitement à la même posologie au moins 1 an en cas de premier épisode. De même, nous n'avons pu interroger précisément sur le type d'anxiolytiques utilisés. En effet, l'usage est en faveur de benzodiazépines à demi-vie courte et en défaveur d'un recours aux anxiolytiques à risque d'effet anticholinergique telle que l'hydroxyzine. Une étude complémentaire évaluant plus précisément ce volet serait intéressante.

## V- Conclusion

La dépression du sujet âgé est une pathologie fréquente associée à un risque suicidaire élevé, avec des conséquences comprenant altération de la qualité de vie, perte d'autonomie et complications somatiques. Elle soulève un véritable problème sociétal dans une classe de population ne cessant de s'accroître. Sa prise en charge reste encore trop imparfaite et les études manquent, encore plus au-delà de 80 ans.

Notre étude a mis en évidence des difficultés dans le diagnostic des formes « atypiques » du sujet âgé, notamment dans le masque somatique, y compris en cas de formation spécifique. L'orientation auprès du gériopsychiatre est motivée par un global défaut d'aisance dans la prise en charge du sujet âgé, sous-entendant la reconnaissance de la légitimité de cette surspécialité, mais également par l'incertitude diagnostique des formes « atypiques », toujours auprès du gériopsychiatre le plus souvent, mais également auprès du gériatre ou du neurologue par besoin d'élimination d'un diagnostic différentiel. En cas de sévérité, par l'urgence d'une hospitalisation complète, l'orientation se fait en premier lieu auprès des structures gériopsychiatriques lorsque les moyens du territoire le permettent, et à défaut en psychiatrie générale.

Les formes « atypiques » sont également sous-traitées. La prise en charge pharmacologique associée, comprend encore bien souvent la prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques de façon concomitante voire de façon isolée. En cas d'anxiété modérée ou de trouble du sommeil, l'introduction d'un traitement antidépresseur à effet anxiolytique et/ou sédatif peut être suffisamment efficace et limiter le risque iatrogénique. Ainsi, l'absence de prescription du traitement antidépresseur n'est pas liée à une fausse croyance de son inefficacité chez la personne âgée, quel que soit le tableau clinique, et ne préjuge pas de passivité, s'accompagnant notamment de mesures psycho-socio-environnementales. L'absence de prescription d'antidépresseurs est essentiellement la conséquence du doute diagnostique qui peut retarder un traitement effectif dans l'attente d'un nouveau suivi ou

d'un avis auprès du spécialiste, notamment dans les formes « atypiques ». La prise en charge globale est satisfaisante et adaptative avec une association quasi-systématique du traitement antidépresseur à la psychothérapie, même en cas de troubles cognitifs associés. Cependant, la sismothérapie, même en cas de formes sévères, est sous-utilisée du fait d'une probable réticence des psychiatres eux-mêmes à sa pratique chez le sujet âgé.

La formation en psychiatrie de la personne âgée permet d'obtenir un diagnostic plus fréquent de dépression et un taux de traitement effectif plus élevé. Elle s'associe à une plus grande aisance dans la prise en charge des formes sévères et une meilleure sensibilisation au risque suicidaire du sujet âgé. Le masque somatique est la grande faiblesse des psychiatres et semble être le reflet d'un défaut de connaissance somatique dans leur formation générale qui pourrait être améliorée sur ce point, et d'autant plus dans le cadre de la formation à la psychiatrie du sujet âgé. Ces résultats doivent faire envisager une amélioration des connaissances concernant les pathologies propres du sujet âgé, mais également concernant les pathologies neurodégénératives. Par ailleurs, une meilleure information de l'efficacité et de l'innocuité de la sismothérapie chez le sujet âgé pourrait permettre de lutter contre la réticence de cette pratique chez les psychiatres en général.

Enfin, la formation générale des internes est satisfaisante mais une formation spécifique à la psychiatrie du sujet âgé devrait être proposée dès la première année.

Ce travail se poursuivra par la comparaison entre les médecins généralistes et les gériatres afin d'avoir un regard exhaustif sur la prise en charge du sujet âgé en France et pourrait permettre de cibler la formation selon chaque spécialité.



## VI- Résumé

**Introduction :** La dépression du sujet âgé est une pathologie fréquente avec un risque suicidaire élevé, et soulève un véritable problème de santé publique dans une classe de population ne cessant de s'accroître. Sa prise en charge est encore imparfaite en lien notamment avec une difficulté de diagnostic et avec un traitement souvent suboptimal.

**Objectif :** Cette étude avait pour but d'évaluer les capacités de diagnostic de la dépression du sujet âgé et sa prise en charge globale chez les psychiatres en France.

**Méthodes :** Une étude descriptive a été réalisée à partir d'un questionnaire construit autour de 4 vignettes cliniques comprenant des formes typiques (dépression caractérisée post-deuil et dépression mélancolique) et atypiques (masque somatique et dépression avec troubles cognitifs) de dépression chez le sujet âgé.

**Résultats :** Au total, les réponses de 235 psychiatres et internes en D.E.S de psychiatrie sur toute la France, DOM-TOM inclus, ont été analysées. La moitié de la population étudiée était formée à la psychiatrie du sujet âgé. Les formes typiques étaient facilement diagnostiquées et suffisamment traitées par antidépresseur. Le doute diagnostique concernant les formes atypiques conduisait à orienter auprès d'une autre spécialité, gériopsychiatre inclus, dans plus de la moitié des cas, et s'accompagnait d'un plus faible taux d'introduction d'un traitement antidépresseur. Dans la mélancolie, la psychothérapie intervenait dans moins de la moitié des cas. Les psychiatres formés diagnostiquaient plus souvent la dépression avec troubles cognitifs et la dépression mélancolique et prescrivaient plus souvent un antidépresseur dans la dépression caractérisée post-deuil et le masque somatique.

**Conclusion :** La formation permet une meilleure aisance diagnostique. Elle pourrait se compléter par des connaissances somatiques afin de mieux reconnaître le masque somatique. Une meilleure information sur l'efficacité et l'innocuité de la psychothérapie chez le sujet âgé permettrait de lutter contre la réticence à l'utilisation de cette pratique dans cette classe d'âge.

## Références

1. Nezelof, S. & Vandell, P. (2018). 9. La dépression à travers les âges. Dans : Frank Bellivier éd., *Actualités sur les maladies dépressives* (pp. 105-114). Cachan, France : Lavoisier.
2. Blanpain N., Buisson G., « Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 », Insee Première n° 1619, novembre 2016.
3. Clément JP, Nubukpo P, Bonin-Guillaume S. Pathologie dépressive. Dans : Clément JP & Calvet B. *Psychiatrie de la personne âgée*. 2<sup>nd</sup> édition. LAVOISIER MSP ; 2019. p 133-151.
4. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012 Feb;136(3):212-21.
5. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. *L'Encéphale*. janv 2010;36(3):59-64.
6. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*. mars 2011;129(13):12642.
7. Schuster J-P, Manetti A, Aeschimann M, Limosin F. Epidemiology of psychiatric disorders in elderly and their impact on somatic health. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. juin 2013;(2):1815.
8. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of Depression in Old Age Compared to Middle Age: A Systematic Review of Comparative Studies. *AJP*. sept 2005;162(9):1588601.
9. Jeuring HW, Stek ML, Huisman M, Oude Voshaar RC, Naarding P, Collard RM, et al. A Six-Year Prospective Study of the Prognosis and Predictors in Patients With Late-Life Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. sept 2018;26(9):98597.
10. Lefebvre des Noettes V. Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. oct 2014;14(83):24651.

11. Okura T, Plassman BL, Steffens DC, Llewellyn DJ, Potter GG, Langa KM. Neuropsychiatric Symptoms and the Risk of Institutionalization and Death: The Aging, Demographics, and Memory Study: NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS, INSTITUTIONALIZATION, AND DEATH. *Journal of the American Geriatrics Society*. mars 2011;59(3):47381.
12. Dorenlot P, Harboun M, Bige V, Henrard J-C, Ankri J. Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*. mai 2005;20(5):4718.
13. Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. 3<sup>ème</sup> édition mise à jour. Paris : Puf ; 2018, 1216 p.
14. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. 6<sup>ème</sup> édition. Paris : Elsevier Masson ; 2010, 1216 p.
15. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>ème</sup> édition (DSM-5). Elsevier Masson ; 2015.
16. Calvet B, Clément J-P. DSM-5 and old age psychiatry. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. mars 2014;12(1):52-62.).
17. Gallarda T, Lôo H. Dépression et personnes âgées. *L'Encéphale*. juin 2009;35(3):269-80.
18. Roblin J. Les dépressions du sujet âgé : du diagnostic à la prise en charge. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. août 2015;15(88):206-18
19. Saïd Tayaa, Gilles Berrut, Anne-Sophie Seigneurie, Cécile Hanon, Nathalie Lestrade, Frédéric Limosin, et al. Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 1 mars 2020;18(1):88-96
20. Hazif-Thomas C, Thomas P. Psychose, mélancolie et hallucinations négatives chez le sujet âgé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. avr 2016;174(3):185-8.
21. Ferrey G et Le Gouès G. Psychopathologie du sujet âgé. 6<sup>ème</sup> édition. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2008, 384 p.
22. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet*. juin 2005;365(9475):1961-70.
23. Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):184-90.

24. Singh-Manoux A, Dugravot A, Fournier A, Abell J, Ebmeier K, Kivimäki M, et al. Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia: A 28-Year Follow-up Study. *JAMA Psychiatry*. 1 juill 2017;74(7):712-21.
25. Saïd Tayaa, Gilles Berrut, Anne-Sophie Seigneurie, Cécile Hanon, Nathalie Lestrade, Frédéric Limosin, et al. Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 1 mars 2020;18(1):88-96.
26. Belzeaux R, Fakra E, Azulay J-P, Azorin J-M. Mélancolie, Parkinson et pseudo-Parkinson : à propos de deux cas cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. nov 2007;165(9):676-9.
27. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do Primary Care Physicians Have Particular Difficulty Identifying Late-Life Depression? A Meta-Analysis Stratified by Age. *Psychother Psychosom*. 2010;79(5):285-94.
28. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *J GEN INTERN MED*. janv 2008;23(1):25-36.
29. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique*. 2014;90(5):359.
30. Kopp-Bigault C, Walter M. Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement : CQFDi. *L'Encéphale*. janv 2019;45:S35-7.
31. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. juin 2010;36:D73-82.
32. Drunat O, Waksman N, Koskas P, Peyneau C. Dépression du sujet âgé : l'affaire du gériatre. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. oct 2014;14(83):255-8.
33. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*. févr 2014;13(1):56-67.
34. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*. 23 mai 2017;(20):2114.

35. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *Can J Psychiatry*. sept 2016;61(9):588-603.
36. Kok RM. What Is the Role of Medications in Late Life Depression? *Psychiatric Clinics of North America*. 1 déc 2013;36(4):597-605.
37. Brender R, Mulsant BH, Blumberger DM. An update on antidepressant pharmacotherapy in late-life depression. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 19 juin 2021;1-9.
38. Van Diermen L, van den Aamele S, Kamperman AM, Sabbe BCG, Vermeulen T, Schrijvers D, et al. Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. févr 2018;212(2):71-80.
39. Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Transl Psychiatry*. déc 2019;9(1):188.
40. Spaans H-P, Sienaert P, Bouckaert F, van den Berg JF, Verwijk E, Kho KH, et al. Speed of remission in elderly patients with depression: Electroconvulsive therapy vs medication. *Br J Psychiatry*. janv 2015;206(1):67-71.
41. Wagenmakers MJ, Oudega ML, Vansteelandt K, Spaans H-P, Verwijk E, Obbels J, et al. Psychotic late-life depression less likely to relapse after electroconvulsive therapy. *Journal of Affective Disorders*. nov 2020;276:984-90.
42. Barry LC, Abou JJ, Simen AA, Gill TM. Under-treatment of depression in older persons. *Journal of Affective Disorders*. févr 2012;136(3):789-96.
43. Wang PS, Schneeweiss S, Brookhart MA, Glynn RJ, Mogun H, Patrick AR, et al. Suboptimal Antidepressant Use in the Elderly. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. avr 2005;25(2):118-26.
44. Kok RM, Heeren TJ, Nolen WA. Continuing Treatment of Depression in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Double-Blinded Randomized Controlled Trials With Antidepressants. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. mars 2011;19(3):249-55.
45. Clément JP. Histoire et champ de la psychiatrie de la personne âgée. Dans : Clément JP & Calvet B. *Psychiatrie de la personne âgée*. 2<sup>nd</sup> édition. LAVOISIER MSP ; 2019. p 3-11.

46. Fontaine A, Hanon C, Limosin F. La psychiatrie de la personne âgée : challenges pour le développement d'une nouvelle sur-spécialité. *Perspectives Psy.* 2020;59(1):47-52.
47. Lepetit A, Lavigne B, Legros E, Herrmann M, Sebbane D. Specialized training in geriatric psychiatry during residency in France. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement.* sept 2014;12(3):305-12.
48. Article disponible à partir du lien suivant : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
49. Rayhan RU, Zheng Y, Uddin E, Timbol C, Adewuyi O, Baraniuk JN (2013) Administer and collect medical questionnaires with Google documents: A simple, safe, and free system. *Appl Med Inform* 33, 12.
50. Garnier-Crussard A, Vernaudeau J, Auguste N, Moutet C, Dauphinot V, Krolak-Salmon P. Perception of Benefits and Risks of Neurocognitive Disorders Diagnosis: A French National Survey. *JAD.* 19 févr 2019;67(4):1267-75.
51. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *L'information psychiatrique.* 2014;90(5):341-52.
52. Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Recommandations de bonnes pratiques, nov 2017.
53. Bartels C, Wagner M, Wolfgruber S, Ehrenreich H, Schneider A, for the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Impact of SSRI Therapy on Risk of Conversion From Mild Cognitive Impairment to Alzheimer's Dementia in Individuals With Previous Depression. *AJP.* mars 2018;175(3):232-41.
54. T. Desmidt, V. Camus. Psychotrope et sujet âgé. *EMC Psychiatrie.* Volume 36 > n°2 > avril 2020.
55. Fond G, Fajula C, Dassa D, Brunel L, Lançon C, Boyer L. Potentially inappropriate psychotropic prescription at discharge is associated with lower functioning in the elderly psychiatric inpatients. A cross-sectional study. *Psychopharmacology (Berl).* 2016 Jul;233(13):2549-58.
56. 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.

57. Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, Blazer DG. Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. janv 2018;26(1):107-22.
58. Ben Thabet J, Charfeddine F, Abid I, Feki I, Zouari L, Zouari N, et al. De la réticence face à l'électroconvulsivothérapie : enquête auprès de 120 personnels soignants dans un centre hospitalo-universitaire en Tunisie. *L'Encéphale*. déc 2011;37(6):466-72.
59. Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJG, Beekman ATF. Discrepancy Between Opinion and Attitude on the Practice of ECT by Psychiatrists Specializing in Old Age in the Netherlands: *The Journal of ECT*. mars 2004;20(1):37-41.
60. Tor, P. C. et al. A systematic review and meta-analysis of brief versus ultrabrief right unilateral electroconvulsive therapy for depression. *J. Clin. Psychiatry* 76, e1092–e1098 (2015).
61. Geduldig ET, Kellner CH. Electroconvulsive Therapy in the Elderly: New Findings in Geriatric Depression. *Curr Psychiatry Rep*. avr 2016;18(4):40.
62. Pierron-Robinet G Veuvage, dépression et crise suicidaire chez le sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. oct 2017;17(101):307 13.
63. Pitchot W. Le suicide chez la personne âgée. *Rev Med Liege*2014;64(5–6):390–4.

# Annexes

## Annexe 1 : Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-V

A : Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

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

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
- 2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- 3) Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
- 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- 6) Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
- 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (ne pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

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

D : L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizo-phréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E : Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.



## Annexe 2 : Questionnaire (exemple du cas clinique n°1)

1. Q0-Etes-vous bien psychiatre ou interne en D.E.S. de psychiatrie? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non *Passer à la section 38 (Merci pour votre participation!).*

Situation  
clinique  
n°1

Mme B, 85 ans, n'arrive pas à se remettre du décès de son mari survenu il y a 1 an et demi. Elle pleure très souvent et ne s'intéresse plus à ses activités habituelles, ne sortant même plus faire ses courses, ne ressentant plus aucune énergie. Elle a perdu 8 kilos et dort mal malgré le traitement hypnotique prescrit il y a 1 an. Malgré le fait qu'elle soit bien entourée par sa famille, elle n'attend qu'une chose : aller rejoindre son mari.  
Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue à ce jour.

2.  Q1-Si ce cas se présentait à votre consultation, du fait de vos connaissances et de votre pratique, évoqueriez-vous une dépression? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passer à la question 4*  
 Non *Passer à la question 3*

Situation  
clinique  
n°1

Mme B, 85 ans, n'arrive pas à se remettre du décès de son mari survenu il y a 1 an et demi. Elle pleure très souvent et ne s'intéresse plus à ses activités habituelles, ne sortant même plus faire ses courses, ne ressentant plus aucune énergie. Elle a perdu 8 kilos et dort mal malgré le traitement hypnotique prescrit il y a 1 an. Malgré le fait qu'elle soit bien entourée par sa famille, elle n'attend qu'une chose : aller rejoindre son mari.  
Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue.

3. Q1bis-Qu'évoqueriez-vous en premier lieu? \*

*Une seule réponse possible.*

- Une autre pathologie psychiatrique  
 Une pathologie neurologique  
 Une pathologie somatique  
 Le vieillissement normal

*Passer à la question 17*

Situation  
clinique  
n°1

Mme B, 85 ans, n'arrive pas à se remettre du décès de son mari survenu il y a 1 an et demi. Elle pleure très souvent et ne s'intéresse plus à ses activités habituelles, ne sortant même plus faire ses courses, ne ressentant plus aucune énergie. Elle a perdu 8 kilos et dort mal malgré le traitement hypnotique prescrit il y a 1 an. Malgré le fait qu'elle soit bien entourée par sa famille, elle n'attend qu'une chose : aller rejoindre son mari.  
Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue.

4. Q2-Comment confirmeriez-vous le diagnostic de dépression ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Diagnostic clinique
- DSM V / CIM 10
- Mini-GDS (Mini-Geriatric Depression Scale)
- GDS 15 (Geriatric Depression Scale)
- Echelle de Hamilton
- MADRS (Montgomery and Asberg Depression Scale)
- Echelle de Beck
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Autre :  \_\_\_\_\_

5. Q3-L'orienterez-vous vers un autre spécialiste ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passer à la question 9*

Situation  
clinique  
n°1

Mme B, 85 ans, n'arrive pas à se remettre du décès de son mari survenu il y a 1 an et demi. Elle pleure très souvent et ne s'intéresse plus à ses activités habituelles, ne sortant même plus faire ses courses, ne ressentant plus aucune énergie. Elle a perdu 8 kilos et dort mal malgré le traitement hypnotique prescrit il y a 1 an. Malgré le fait qu'elle soit bien entourée par sa famille, elle n'attend qu'une chose : aller rejoindre son mari.  
Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue.

6.  Q4-Vers quel spécialiste vous tourneriez-vous en priorité ? (une seule réponse)

\*

*Une seule réponse possible.*

- Médecin traitant  
 Gériatre  
 Psychiatrie générale  
 Géronto-psychiatre  
 Neurologue  
 Spécialiste d'organe

7.  Q5-Vers quelle(s) structure(s) l'orienterez-vous ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Centre Médico-Psychologique  
 Hôpital de jour  
 Cabinet libéral  
 Hospitalisation complète

Autre :  \_\_\_\_\_

8. Q6-Pour quelles raisons l'orientez-vous vers un spécialiste? : \*

Une seule réponse possible par ligne.

	0 (Pas du tout d'accord)	1	2	3	4	5 (Tout à fait d'accord)	Ne sais pas
Incertitude diagnostique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complexité du tableau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sévérité du tableau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risque suicidaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besoin de complément d'informations sur la conduite à tenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intérêt d'une prise en charge conjointe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilité d'identification du(des) spécialiste(s) à contacter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilité d'accès au(x) spécialiste(s) envisagé(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Passer à la question 10

9. Q6bis-Pour quelles raisons ne l'orientez-vous pas vers un spécialiste? : \*

Une seule réponse possible par ligne.

	0 (Pas du tout d'accord)	1	2	3	4	5 (Tout à fait d'accord)	Ne sais pas
Certitude diagnostique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tableau peu complexe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tableau peu sévère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faible risque suicidaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A l'aise dans la prise en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté d'identification du(des) spécialiste(s) à contacter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté d'accès au(x) spécialiste(s) envisagé(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Défaut de retour d'information du(des) spécialiste(s) envisagés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Situation  
clinique  
n°1

Mme B, 85 ans, n'arrive pas à se remettre du décès de son mari survenu il y a 1 an et demi. Elle pleure très souvent et ne s'intéresse plus à ses activités habituelles, ne sortant même plus faire ses courses, ne ressentant plus aucune énergie. Elle a perdu 8 kilos et dort mal malgré le traitement hypnotique prescrit il y a 1 an. Malgré le fait qu'elle soit bien entourée par sa famille, elle n'attend qu'une chose : aller rejoindre son mari.  
Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue.

10. Q7-Initiez-vous un traitement antidépresseur? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non *Passer à la question 14*

Situation  
clinique  
n°1

Mme B, 85 ans, n'arrive pas à se remettre du décès de son mari survenu il y a 1 an et demi. Elle pleure très souvent et ne s'intéresse plus à ses activités habituelles, ne sortant même plus faire ses courses, ne ressentant plus aucune énergie. Elle a perdu 8 kilos et dort mal malgré le traitement hypnotique prescrit il y a 1 an. Malgré le fait qu'elle soit bien entourée par sa famille, elle n'attend qu'une chose : aller rejoindre son mari.  
Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue.

11.  Q8-Pour quelles raisons initiez-vous un antidépresseur? \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	0 (Pas du tout d'accord)	1	2	3	4	5 (Tout à fait d'accord)	Ne sais pas
Efficacité dans ce contexte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prévention du risque suicidaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prévention du risque de dépendance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prévention du risque de maladie neuro-dégénérative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faible risque iatrogénique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescription initiale relevant de vos compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Q9-Quelle serait le reste votre prise en charge ? \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non	Ne sais pas
Anxiolytiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuroleptiques, antipsychotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sismothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge nutritionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge sociale, aides à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge fonctionnelle (Kiné, activité physique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réseau personne âgée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Club senior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.  Q10-D'autres traitements vous paraissent-ils indiqués ?

---

---

---

---

---

*Passer à la question 17*



Situation  
clinique  
n°1

Mme B, 85 ans, n'arrive pas à se remettre du décès de son mari survenu il y a 1 an et demi. Elle pleure très souvent et ne s'intéresse plus à ses activités habituelles, ne sortant même plus faire ses courses, ne ressentant plus aucune énergie. Elle a perdu 8 kilos et dort mal malgré le traitement hypnotique prescrit il y a 1 an. Malgré le fait qu'elle soit bien entourée par sa famille, elle n'attend qu'une chose : aller rejoindre son mari.  
Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue.

14.  Q8bis-Pour quelles raisons n'initiez-vous pas d'antidépresseur? \*

Une seule réponse possible par ligne.

	0 (Pas du tout d'accord)	1	2	3	4	5 (Tout à fait d'accord)	Ne sais pas
Peu efficace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doute diagnostique : attente ré-évaluation et/ou avis spécialiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risque suicidaire (levée d'inhibition)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risque iatrogénique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Q9bis-Quelle serait le reste votre prise en charge ? \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Oui	Non	Ne sais pas
Anxiolytiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypnotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuroleptiques, antipsychotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sismothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge nutritionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge sociale, aides à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge fonctionnelle (Kiné, activité physique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réseau personne âgée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Club senior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16.  Q10bis-D'autres traitements vous paraissent-ils indiqués ?

---

---

---

---

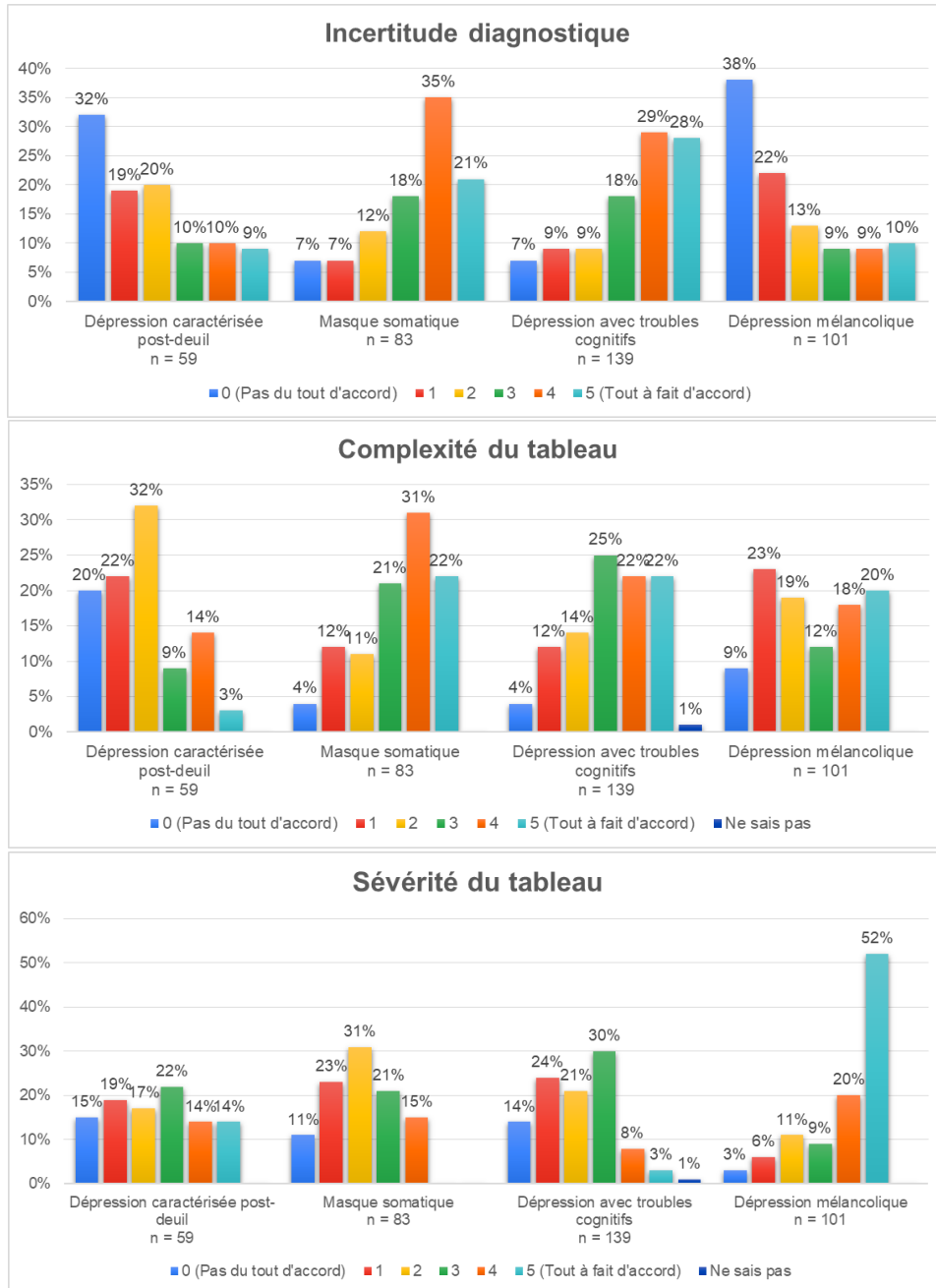
---

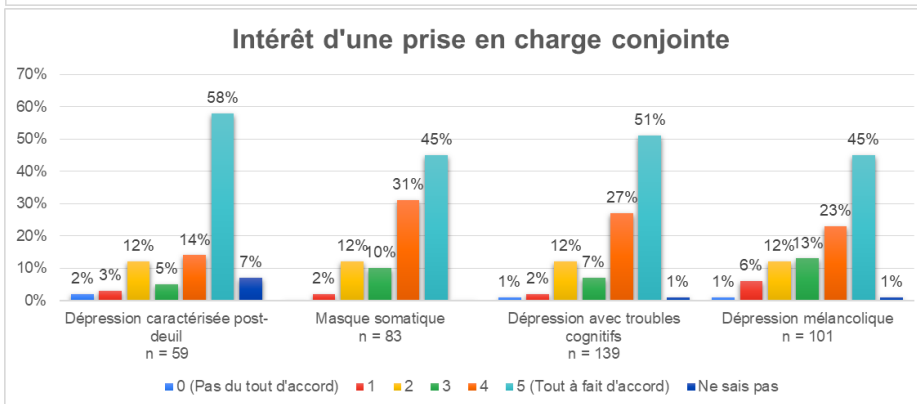
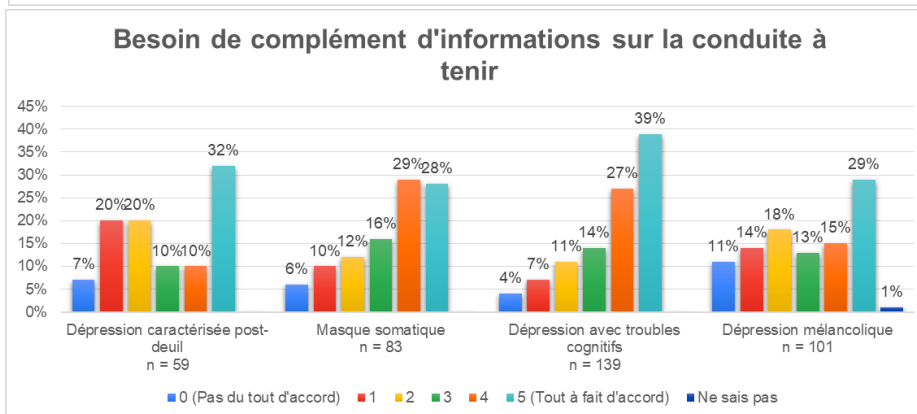
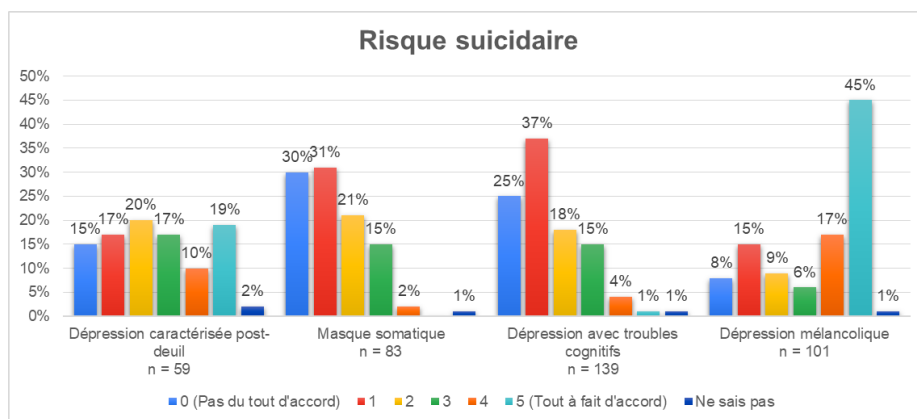
### Annexe 3 : Orientation : spécialité ciblée

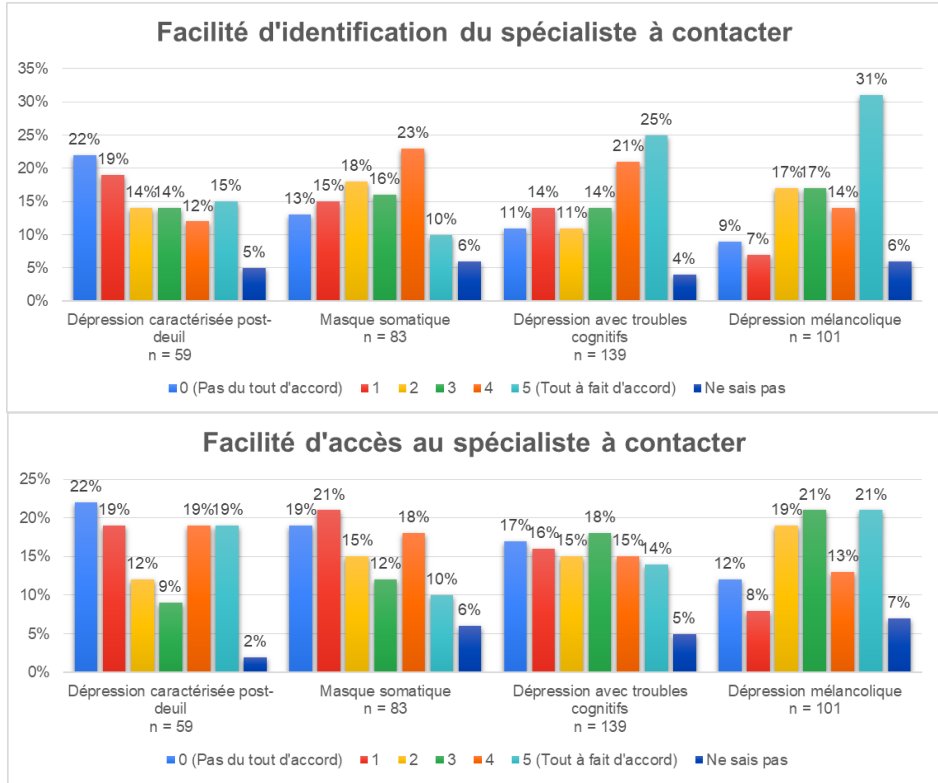
**Tableau 4 : Spécialité ciblée en cas d'orientation**

	<b>Dépression caractérisée post-deuil n = 59</b>	<b>Masque somatique n = 83</b>	<b>Dépression avec troubles cognitifs n = 139</b>	<b>Dépression mélancolique n = 101</b>
<b>Médecin traitant N (%)</b>	10 (16,9)	7 (8,4)	1 (0,7)	10 (9,9)
<b>Gériatre N (%)</b>	10 (16,9)	26 (31,3)	39 (28,1)	8 (7,9)
<b>Psychiatrie générale N (%)</b>	1 (1,7)	0	1 (0,7)	14 (13,9)
<b>Gérontopsychiatre N (%)</b>	33 (55,9)	42 (50,6)	54 (38,8)	48 (47,5)
<b>Neurologue N (%)</b>	5 (8,5)	3 (3,6)	44 (31,7)	20 (19,8)
<b>Spécialiste d'organe N (%)</b>	0	5 (6)	0	1 (1)

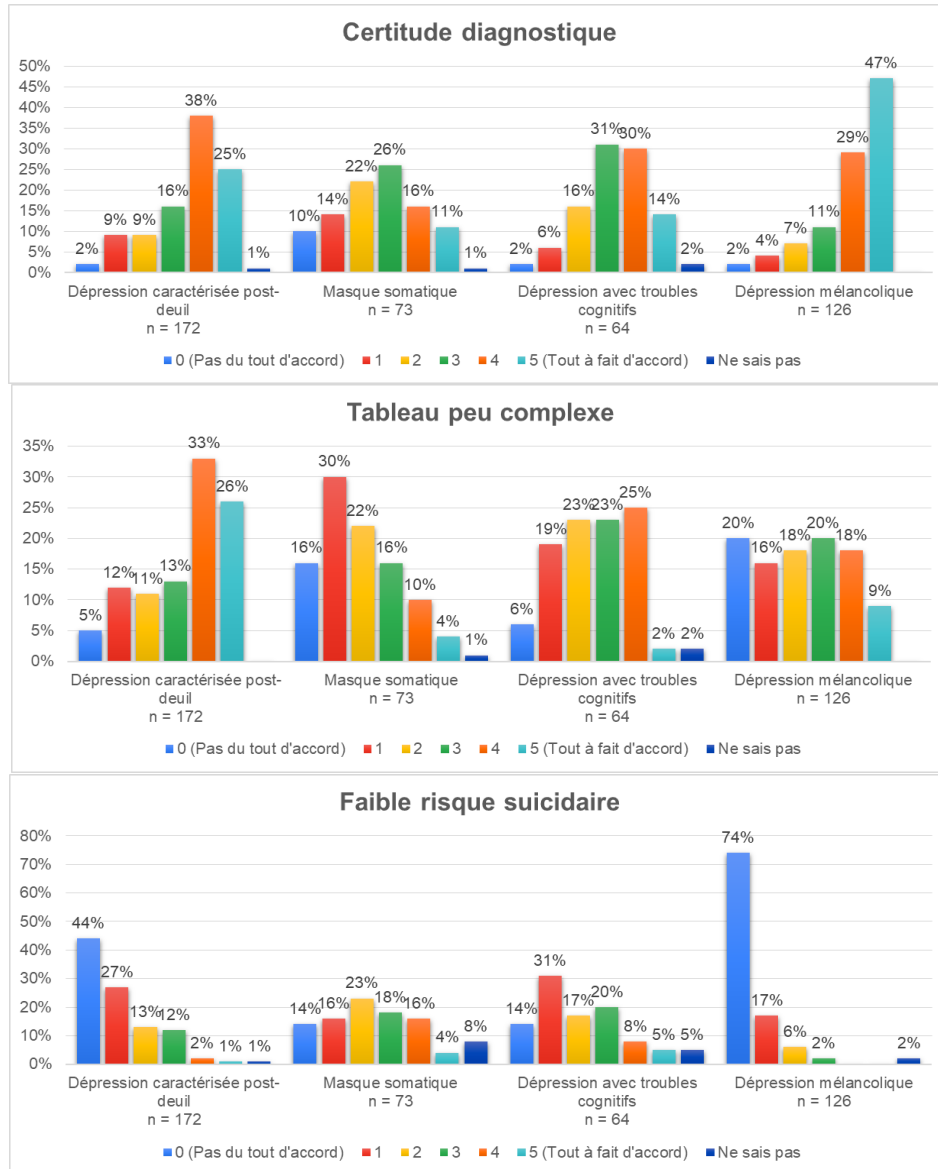
## Annexe 4 : Figure 11 : Répartition de l'intensité des arguments en faveur de l'orientation

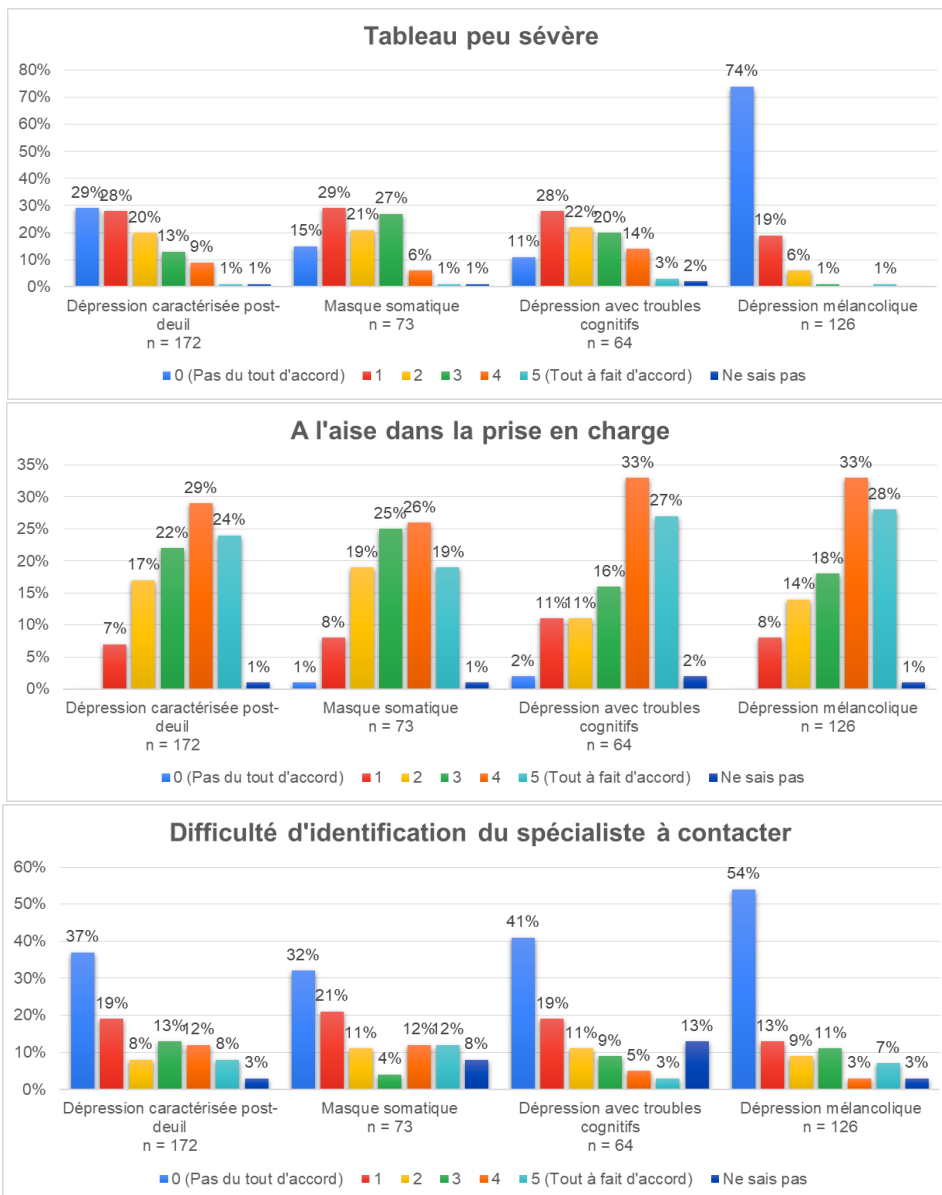




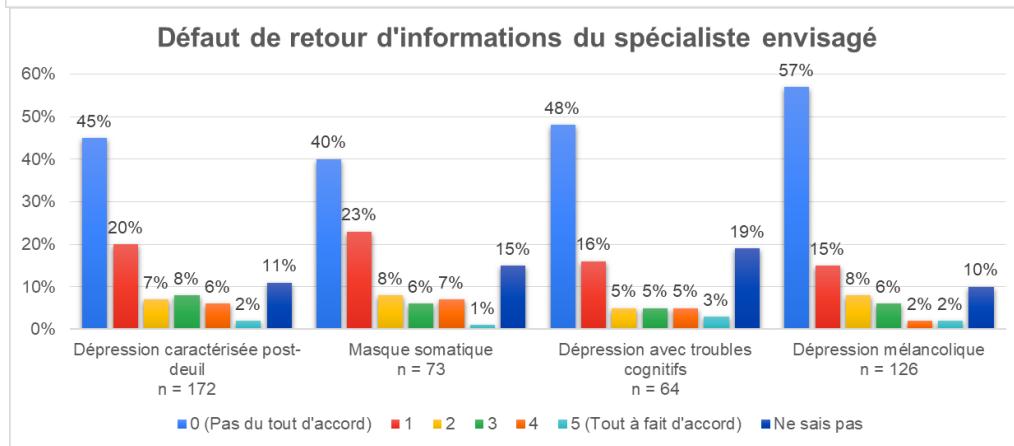
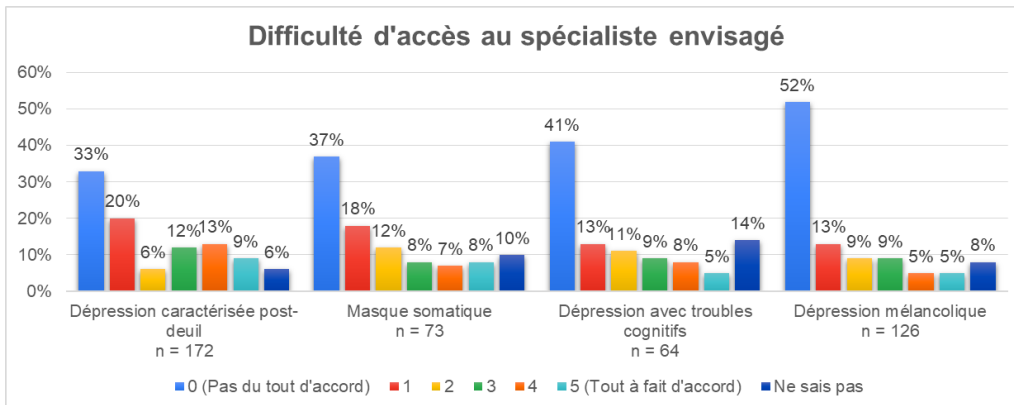


## Annexe 5 : Figure 12 : Répartition de l'intensité des arguments en défaveur de l'orientation

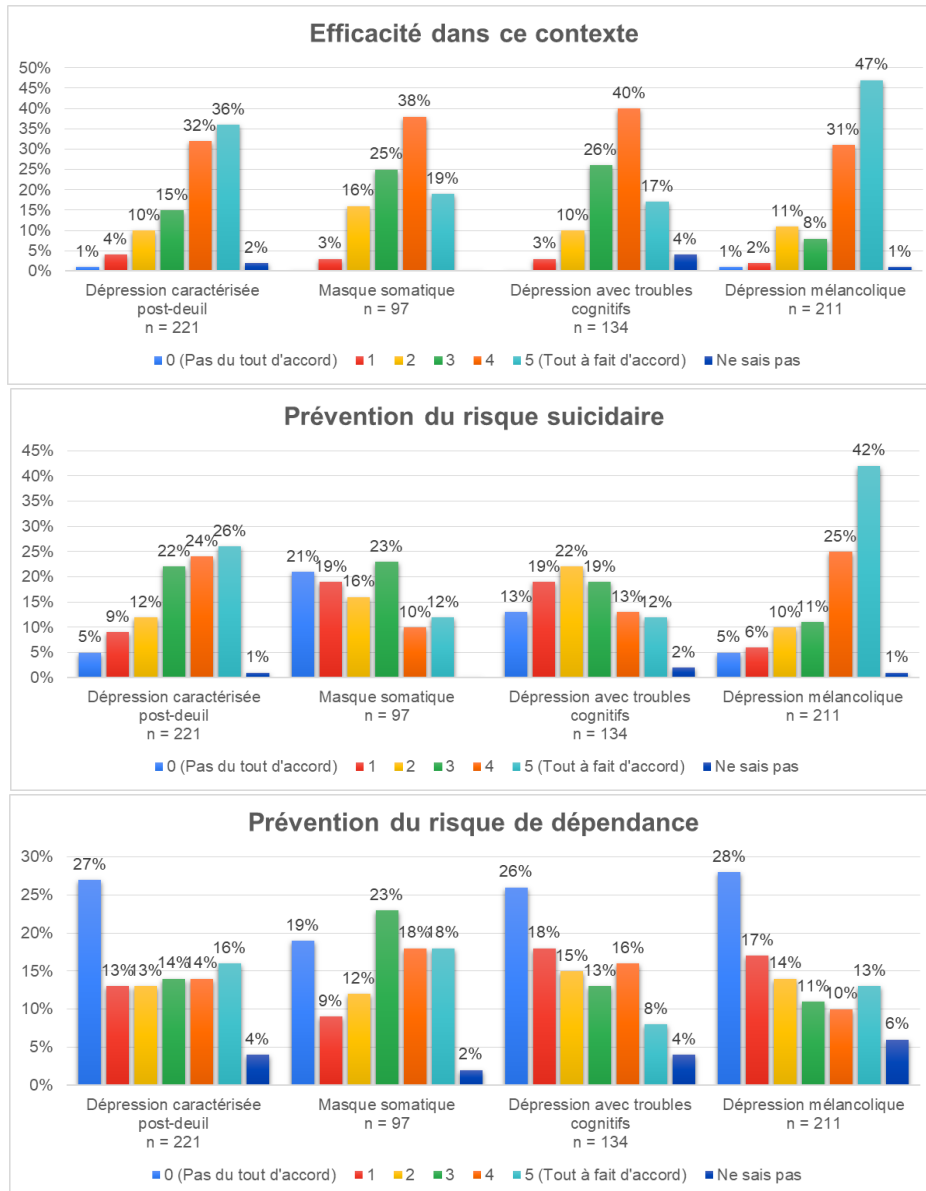


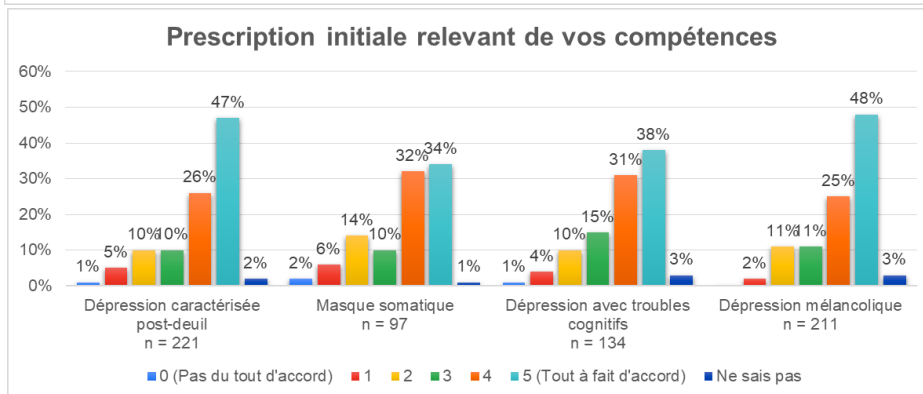
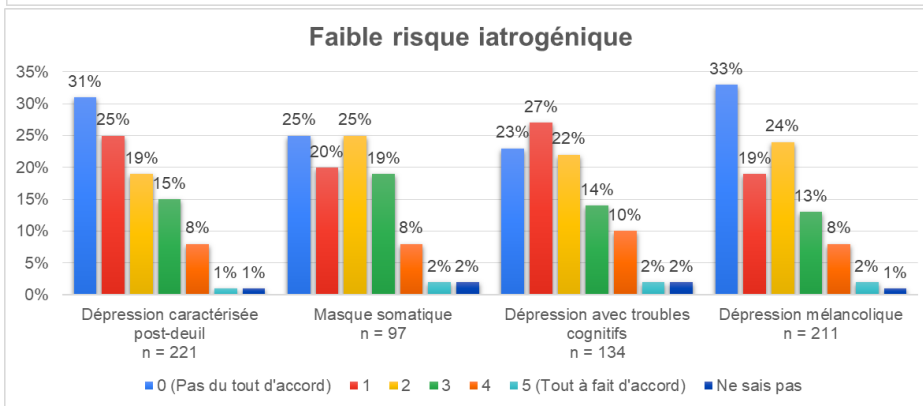
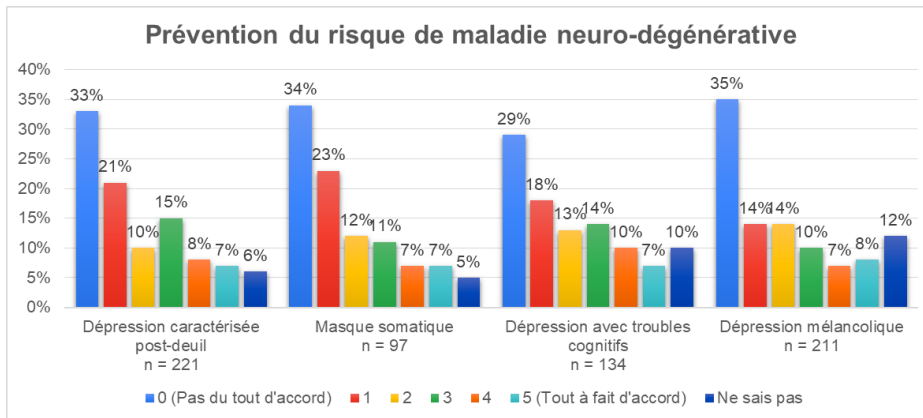




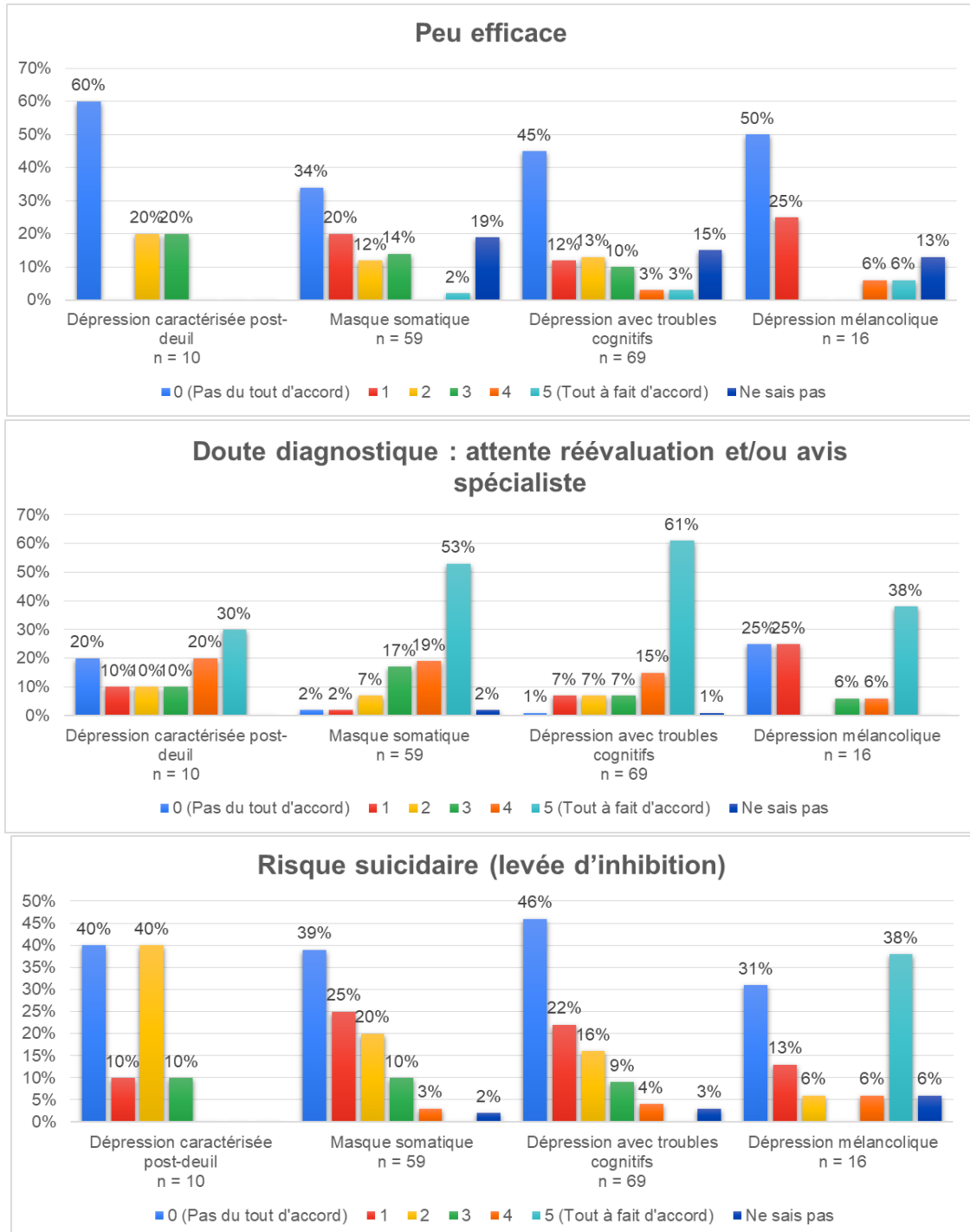


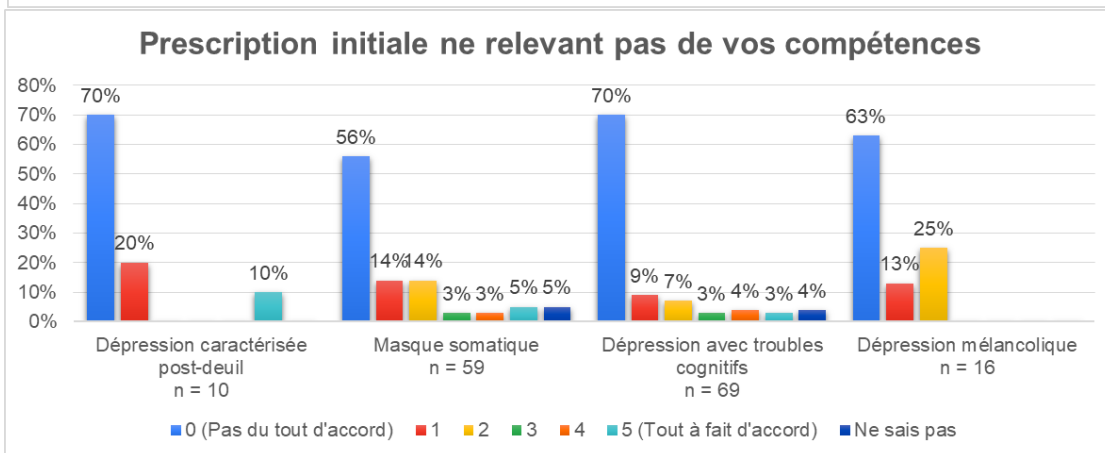
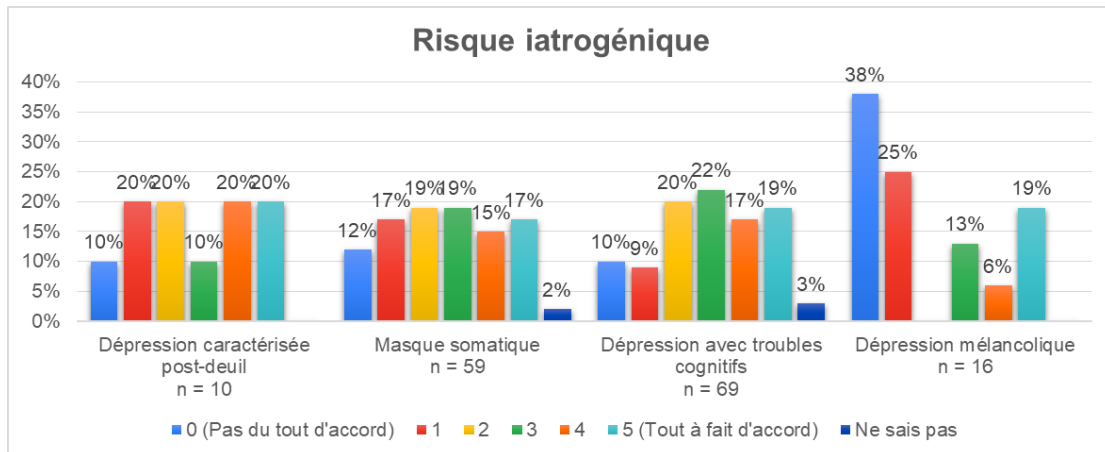
Annexe 6 : Figure 15 : Répartition de l'intensité des arguments en faveur de la prescription d'un traitement antidépresseur





Annexe 7 : Figure 16 : Répartition de l'intensité des arguments en défaveur de la prescription d'un traitement antidépresseur





## Annexe 8 : Prise en charge associée

**Tableau 5 : Autres thérapeutiques**

	<b>Dépression caractérisée post-deuil n = 231</b>	<b>Masque somatique n = 156</b>	<b>Dépression avec troubles cognitifs n = 203</b>	<b>Dépression mélancolique n = 227</b>
<b>Anxiolytiques</b>				
Oui N (%)	74 (31,6)	40 (25,6)	32 (15,8)	134 (59)
Non N (%)	132 (57,1)	98 (62,8)	152 (74,9)	69 (30,4)
Ne sais pas N (%)	25 (10,8)	18 (11,5)	19 (9,4)	24 (10,6)
<b>Hypnotiques</b>				
Oui N (%)	52 (22,5)	3 (1,9)	38 (18,7)	38 (29,9)
Non N (%)	162 (70,1)	136 (87,2)	149 (73,4)	147 (64,8)
Ne sais pas N (%)	17 (7,4)	17 (10,9)	16 (7,9)	42 (18,5)
<b>Neuroleptiques, antipsychotiques</b>				
Oui N (%)	9 (3,9)	2 (1,3)	3 (1,5)	120 (52,9)
Non N (%)	204 (88,8)	145 (92,9)	188 (92,6)	72 (31,7)
Ne sais pas N (%)	15 (6,5)	9 (5,8)	12 (5,9,1)	35 (15,4)
<b>Sismothérapie</b>				
Oui N (%)	11 (4,8)	3 (1,9)	3 (1,5)	107 (47,1)
Non N (%)	199 (86,1)	146 (93,6)	186 (91,6)	79 (34,8)
Ne sais pas N (%)	21 (9,1)	7 (4,5)	14 (6,9)	41 (18,1)
<b>Psychothérapie</b>				
Oui N (%)	224 (97)	149 (95,5)	175 (86,2)	174 (76,7)
Non N (%)	5 (2,2)	3 (1,9)	19 (9,4)	39 (17,2)
Ne sais pas N (%)	2 (0,9)	4 (2,6)	9 (4,4)	14 (6,2)

**Tableau 6 : Prise en charge globale**

<i>Prise en charge globale</i>	<b>Dépression caractérisée post-deuil n = 231</b>	<b>Masque somatique n = 156</b>	<b>Dépression avec troubles cognitifs n = 203</b>	<b>Dépression mélancolique n = 227</b>
<b>Prise en charge nutritionnelle</b>				
Oui N (%)	193 (83,6)	67 (42,9)	116 (57,1)	128 (56,4)
Non N (%)	22 (9,5)	74 (47,4)	68 (33,5)	72 (31,7)
Ne sais pas N (%)	16 (6,9)	15 (9,6)	19 (9,4)	27 (11,9)
<b>Prise en charge sociale, aides à domicile</b>				
Oui N (%)	203 (87,9)	142 (91)	181 (89,2)	121 (53,3)
Non N (%)	11 (4,8)	6 (3,8)	12 (5,9)	80 (35,2)
Ne sais pas N (%)	17 (7,4)	8 (5,1)	10 (4,9)	26 (11,5)
<b>Prise en charge fonctionnelle (kiné, activité physique)</b>				
Oui N (%)	155 (67,1)	149 (95,5)	110 (54,2)	97 (42,7)
Non N (%)	50 (21,6)	3 (1,9)	74 (36,5)	97 (42,7)
Ne sais pas N (%)	26 (11,3)	4 (2,6)	19 (9,4)	3 (14,5)
<b>Réseau personne âgée</b>				
Oui N (%)	196 (84,9)	140 (89,7)	173 (85,2)	115 (50,7)
Non N (%)	16 (6,9)	6 (3,8)	12 (5,9)	80 (35,2)
Ne sais pas N (%)	19 (8,2)	10 (6,4)	18 (8,9)	32 (14,1)
<b>Bilan mémoire</b>				
Oui N (%)	137 (59,3)	62 (39,7)	182 (89,7)	112 (49,3)
Non N (%)	72 (31,2)	80 (51,3)	17 (8,4)	93 (41)
Ne sais pas N (%)	22 (9,5)	14 (9)	4 (2)	22 (9,7)

<b>Prise en charge globale</b>	<b>Dépression caractérisée post-deuil n = 231</b>	<b>Masque somatique n = 156</b>	<b>Dépression avec troubles cognitifs n = 203</b>	<b>Dépression mélancolique n = 227</b>
<b>Club senior</b>				
Oui N (%)	159 (68,9)	103 (66)	141 (69,5)	83 (36,7)
Non N (%)	25 (10,8)	28 (17,9)	27 (13,3)	95 (41,9)
Ne sais pas N (%)	47 (20,3)	25 (16)	35 (17,2)	49 (21,6)
<b>Autres (réponse libre) (N)</b>	Vitaminothérapie, oméga 3 (4) Activité physique adapté à l'âge (1) Activation comportementale (1) HDJ/CATTP (5) Bilan organique/ Traitement d'une comorbidité associée (3) Luminothérapie (2) rTMS (2) Prise en charge familiale (4) IDEL/Etayage à domicile (3) Recherche de comorbidités addictives (1) Théralène (1) Miansérine (2) Mélatonine (3) Réévaluation traitement hypnotique (arrêt ou diminution) (3) Equipe mobile de gérontopsychiatrie (1)	Consultation douleur (14) Hypnose (2) Antidépresseur avec action antalgique (4) Lyrica (1) Balnéothérapie (1) Anti-épileptique (2) Antalgique (7) rTMS (1) Vitamine D (1)	Vitaminothérapie (2) Bilan mémoire (6) Mélatonine (2) Traitement spécifique trouble neurodégénératif (2) Remédiation cognitive (1)	Imagerie (2) Hospitalisation (26) Traitement antidépresseur en milieu hospitalier (1) Bithérapie antidépressive (1) Elimination trouble neurodégénératif Eliminer une cause somatique/examens complémentaires (2) Sismothérapie à court terme (3) Lithium (1)



Annexe 9 : Comparaison de la prise en charge : prescription d'antidépresseurs vs absence de prescription

**Tableau 7 : Prise en charge associée selon la prescription ou non d'antidépresseurs : dépression caractérisée post-deuil**

	Groupe avec antidépresseurs n = 221			Groupe sans antidépresseurs n = 10			p value
	Oui N (%)	Non N (%)	Ne sais pas N (%)	Oui N (%)	Non N (%)	Ne sais pas N (%)	
<b>Anxiolytiques</b>	70 (31,7)	126 (57)	25 (11,3)	4 (40)	6 (60)	0	0,749
<b>Hypnotiques</b>	49 (22,2)	155 (70,1)	17 (7,7)	3 (30)	7 (70)	0	0,708
<b>Neuroleptiques, antipsychotiques</b>	9 (4,1)	197 (89,1)	15 (6,8)	0	10 (100)	0	1
<b>Sismothérapie</b>	10 (4,5)	190 (86)	21 (9,5)	1 (10)	9 (90)	0	0,423
<b>Psychothérapie</b>	215 (97,3)	4 (1,8)	2 (0,9)	9 (90)	1 (10)	0	0,202
<b>Prise en charge nutritionnelle</b>	184 (83,3)	22 (10)	15 (6,8)	9 (90)	0	1 (10)	0,603
<b>Prise en charge sociale, aides à domicile</b>	194 (87,8)	11 (5)	16 (7,2)	9 (90)	0	1 (10)	1
<b>Prise en charge fonctionnelle (kiné, activité physique)</b>	148 (67)	49 (22,2)	24 (10,9)	7 (70)	1 (10)	2 (20)	0,682
<b>Réseau personne âgée</b>	187 (84,6)	16 (7,2)	18 (8,1)	9 (90)	0	1 (10)	1
<b>Bilan mémoire</b>	128 (57,9)	71 (32,1)	22 (10)	9 (90)	1 (10)	0	0,17
<b>Club senior</b>	151 (68,3)	25 (11,3)	45 (20,4)	8 (80)	0	2 (20)	0,601

**Tableau 8 : Prise en charge associée selon la prescription ou non d'antidépresseurs : masque somatique**

	Groupe avec antidépresseurs n = 97			Groupe sans antidépresseurs n = 59			p value
	Oui N (%)	Non N (%)	Ne sais pas N (%)	Oui N (%)	Non N (%)	Ne sais pas N (%)	
<b>Anxiolytiques</b>	29 (29,9)	58 (59,8)	10 (10,3)	11 (18,6)	40 (67,8)	8 (13,6)	0,141
<b>Hypnotiques</b>	1 (1)	86 (88,7)	10 (10,3)	2 (3,4)	50 (84,7)	7 (11,9)	0,556
<b>Neuroleptiques, antipsychotiques</b>	2 (2,1)	91 (93,8)	4 (4,1)	0	54 (91,5)	5 (8,5)	0,532
<b>Sismothérapie</b>	3 (3,1)	91 (93,8)	3 (3,1)	0	55 (93,2)	4 (6,8)	0,297
<b>Psychothérapie</b>	95 (97,9)	2 (2,1)	0	54 (91,5)	1 (1,7)	4 (6,8)	1
<b>Prise en charge nutritionnelle</b>	44 (45,4)	48 (49,5)	5 (5,2)	23 (39)	26 (44,1)	10 (16,9)	0,92
<b>Prise en charge sociale, aides à domicile</b>	89 (91,8)	5 (5,2)	3 (3,1)	53 (89,8)	1 (1,7)	5 (8,5)	0,416
<b>Prise en charge fonctionnelle (kiné, activité physique)</b>	94 (96,9)	2 (2,1)	1 (1)	55 (93,2)	1 (1,7)	3 (5,1)	1
<b>Réseau personne âgée</b>	91 (93,8)	1 (1)	5 (5,2)	49 (83,1)	5 (8,5)	5 (8,5)	<b>0,026</b>
<b>Bilan mémoire</b>	37 (38,1)	52 (53,6)	8 (8,2)	25 (42,4)	28 (47,5)	6 (10,2)	0,515
<b>Club senior</b>	68 (70,1)	15 (15,5)	14 (14,4)	35 (59,3)	13 (22)	11 (18,6)	0,225

**Tableau 9 : Prise en charge associée selon la prescription ou non d'antidépresseurs : dépression avec troubles cognitifs**

	Groupe avec antidépresseurs n = 134			Groupe sans antidépresseurs n = 69			p value
	Oui N (%)	Non N (%)	Ne sais pas N (%)	Oui N (%)	Non N (%)	Ne sais pas N (%)	
<b>Anxiolytiques</b>	26 (19,4)	96 (71,6)	12 (9)	6 (8,7)	56 (81,2)	7 (10,1)	<b>0,049</b>
<b>Hypnotiques</b>	24 (17,9)	99 (73,9)	11 (8,2)	14 (20,3)	50 (72,5)	5 (7,2)	0,703
<b>Neuroleptiques, antipsychotiques</b>	3 (2,2)	122 (91)	9 (6,7)	0	66 (95,7)	3 (4,3)	0,553
<b>Sismothérapie</b>	3 (2,2)	122 (91)	9 (6,7)	0	64 (92,8)	5 (7,2)	0,552
<b>Psychothérapie</b>	122 (91)	8 (6)	4 (3)	53 (76,8)	11 (15,9)	5 (7,2)	<b>0,015</b>
<b>Prise en charge nutritionnelle</b>	78 (58,2)	42 (31,3)	14 (10,4)	38 (55,1)	26 (37,7)	5 (7,2)	0,452
<b>Prise en charge sociale, aides à domicile</b>	120 (89,6)	9 (6,7)	5 (3,7)	61 (88,4)	3 (4,3)	5 (7,2)	0,754
<b>Prise en charge fonctionnelle (kiné, activité physique)</b>	71 (53)	49 (36 ,6)	14 (10,4)	39 (56,5)	25 (36,2)	5 (7,2)	0,816
<b>Réseau personne âgée</b>	117 (87,3)	7 (5,2)	10 (7,5)	56 (81,2)	5 (7,2)	8 (11,6)	0,534
<b>Bilan mémoire</b>	117 (87,3)	14 (10,4)	3 (2,2)	65 (94,2)	3 (4,3)	1 (1,4)	0,133
<b>Club senior</b>	98 (73,1)	15 (11,2)	21 (15,7)	43 (62,3)	12 (17,4)	14 (20,3)	0,157

**Tableau 10 : Prise en charge associée selon la prescription ou non d'antidépresseurs : dépression mélancolique**

	Groupe avec antidépresseurs n = 211			Groupe sans antidépresseurs n = 16			p value
	Oui N (%)	Non N (%)	Ne sais pas N (%)	Oui N (%)	Non N (%)	Ne sais pas N (%)	
<b>Anxiolytiques</b>	127 (60,2)	61 (28,9)	23 (10,9)	7 (43,8)	8 (50)	1 (6,3)	0,1
<b>Hypnotiques</b>	34 (16,1)	136 (64,5)	41 (19,4)	4 (25)	11 (68,8)	1 (6,3)	0,514
<b>Neuroleptiques, antipsychotiques</b>	116 (55)	63 (29,9)	32 (15,2)	4 (25)	9 (56,3)	3 (18,8)	<b>0,019</b>
<b>Sismothérapie</b>	102 (48,3)	71 (33,6)	38 (18)	5 (31,3)	8 (50)	3 (18,8)	0,149
<b>Psychothérapie</b>	163 (77,3)	35 (16,6)	13 (6,2)	11 (68,8)	4 (25)	1 (6,3)	0,485
<b>Prise en charge nutritionnelle</b>	118 (55,9)	69 (32,7)	24 (11,4)	10 (62,5)	3 (18,8)	3 (18,8)	0,384
<b>Prise en charge sociale, aides à domicile</b>	111 (52,6)	76 (36)	24 (11,4)	10 (62,5)	4 (25)	2 (12,5)	0,373
<b>Prise en charge fonctionnelle (kiné, activité physique)</b>	90 (42,7)	91 (43,1)	30 (14,2)	7 (43,8)	6 (37,5)	3 (18,8)	0,774
<b>Réseau personne âgée</b>	108 (51,2)	75 (35,5)	28 (13,3)	7 (43,8)	5 (31,3)	4 (25)	1
<b>Bilan mémoire</b>	104 (49,3)	86 (40,8)	21 (10)	8 (50)	7 (43,8)	1 (6,3)	0,916
<b>Club senior</b>	78 (37)	89 (42,2)	44 (20,9)	5 (31,3)	6 (37,5)	5 (31,3)	0,936

Annexe 10 : Comparaison de la prise en charge parmi les sous-groupes :  
Formés/Non formés et médecins « seniors »/internes

**Tableau 13 : Comparaison entre les sous-groupes : prise en charge associée dans la dépression caractérisée post-deuil**

<i>Dépression caractérisée post-deuil</i>	Formation			Statut		p value
	Oui n = 122	Non n = 109	p value	Médecins « seniors » n = 144	Internes n = 87	
<b>Anxiolytiques</b>						
Oui N (%)	36 (29,5)	38 (34,9)	0,259	50 (34,7)	24 (27,6)	0,13
Non N (%)	75 (61,5)	57 (52,3)		75 (52,1)	57 (65,5)	
Ne sais pas N (%)	11 (9)	14 (12,8)		19 (13,2)	6 (6,9)	
<b>Hypnotiques</b>						
Oui N (%)	29 (23,8)	23 (21,1)	0,678	29 (20,1)	23 (26,4)	0,445
Non N (%)	85 (69,7)	77 (70,6)		100 (69,4)	62 (71,3)	
Ne sais pas N (%)	8 (6,6)	9 (8,3)		15 (10,4)	2 (2,3)	
<b>Neuroleptiques, antipsychotiques</b>						
Oui N (%)	3 (2,5)	6 (5,5)	0,31	8 (5,6)	1 (1,2)	0,158
Non N (%)	112 (91,8)	95 (87,1)		126 (87,5)	81 (93,1)	
Ne sais pas N (%)	7 (5,7)	8 (7,3)		10 (6,9)	5 (5,8)	
<b>Sismothérapie</b>						
Oui N (%)	4 (3,3)	7 (6,4)	0,246	8 (5,6)	3 (3,5)	0,534
Non N (%)	108 (88,5)	91 (83,5)		120 (83,3)	79 (90,8)	
Ne sais pas N (%)	10 (8,2)	11 (10,1)		16 (11,1)	5 (5,8)	
<b>Psychothérapie</b>						
Oui N (%)	121 (99,2)	103 (94,5)	0,188	138 (95,8)	86 (98,9)	0,652
Non N (%)	1 (0,8)	4 (3,7)		4 (2,8)	1 (1,2)	
Ne sais pas N (%)	0	2 (1,8)		2 (1,4)	0	
<b>Prise en charge nutritionnelle</b>						
Oui N (%)	105 (86,1)	88 (80,7)	0,695	115 (79,9)	78 (89,7)	0,231
Non N (%)	11 (9)	11 (10,1)		16 (11,1)	6 (6,9)	
Ne Sais Pas N (%)	6 (4,9)	10 (9,1)		13 (9)	3 (3,5)	

<b>Dépression caractérisée post- deuil</b>	<b>Formation</b>			<b>Statut</b>		
	<b>Oui n = 122</b>	<b>Non n = 109</b>	<b>p value</b>	<b>Médecins « seniors » n = 144</b>	<b>Internes n = 87</b>	<b>p value</b>
<b>Prise en charge sociale, aides à domicile</b>						
Oui N (%)	105 (86,1)	98 (89,9)	0,441	127 (88,2)	76 (87,4)	0,112
Non N (%)	7 (5,7)	4 (3,7)		4 (2,8)	7 (8,1)	
Ne Sais Pas N (%)	10 (8,2)	7 (6,4)		13 (9)	4 (4,6)	
<b>Prise en charge fonctionnelle (Kiné, Activité physique)</b>						
Oui N (%)	83 (68)	72 (66,1)	0,956	94 (65,3)	61 (70,1)	0,672
Non N (%)	27 (22,1)	23 (21,1)		32 (22,2)	18 (20,7)	
Ne Sais Pas N (%)	12 (9,8)	14 (12,8)		18 (12,5)	8 (9,2)	
<b>Réseau Personne âgée</b>						
Oui N (%)	103 (84,4)	93 (85,3)	0,776	120 (83,3)	76 (87,4)	0,274
Non N (%)	9 (7,4)	7 (6,4)		12 (8,3)	4 (4,6)	
Ne Sais Pas N (%)	10 (8,2)	9 (8,3)		12 (8,3)	7 (8,1)	
<b>Bilan mémoire</b>						
Oui N (%)	64 (52,5)	73 (67)	<b>0,002</b>	83 (57,6)	54 (62,1)	0,506
Non N (%)	50 (41)	22 (20,2)		47 (32,6)	25 (28,7)	
Ne Sais Pas N (%)	8 (6,6)	14 (12,8)		14 (9,7)	8 (9,2)	
<b>Club senior</b>						
Oui N (%)	82 (67,2)	77 (70,6)	0,191	98 (68,1)	61 (70,1)	0,458
Non N (%)	17 (13,9)	9 (8,3)		18 (12,5)	8 (9,2)	
Ne Sais Pas N (%)	23 (18,9)	23 (21,1)		28 (19,4)	18 (20,7)	

**Tableau 14 : Comparaison entre les sous-groupes : prise en charge associée dans le masque somatique**

<i>Masque somatique</i>	Formation			Statut		
	Oui n = 89	Non n = 67	p value	Médecins « seniors » n = 102	Internes n = 54	p value
<b>Anxiolytiques</b>						
Oui N (%)	20 (22,5)	20 (29,9)	0,15	27 (26,5)	13 (24,1)	0,805
Non N (%)	62 (69,7)	36 (53,7)		64 (62,7)	34 (63)	
Ne sais pas N (%)	7 (7,9)	11 (16,4)		11 (10,8)	7 (13)	
<b>Hypnotiques</b>						
Oui N (%)	1 (1,1)	2 (3)	0,574	2 (2)	1 (1,9)	1
Non N (%)	79 (88,8)	57 (85,1)		89 (87,3)	47 (87)	
Ne sais pas N (%)	9 (10,1)	8 (11,9)		11 (10,8)	6 (11,1)	
<b>Neuroleptiques, antipsychotiques</b>						
Oui N (%)	1 (1,1)	1 (1,5)	1	1 (1)	1 (1,9)	1
Non N (%)	84 (94,4)	61 (91)		95 (93,1)	50 (92,6)	
Ne sais pas N (%)	4 (4,5)	5 (7,5)		6 (5,9)	3 (5,6)	
<b>Sismothérapie</b>						
Oui N (%)	2 (2,2)	1 (1,5)	1	1 (1)	2 (3,7)	0,28
Non N (%)	84 (94,4)	62 (92,5)		96 (94,1)	50 (92,6)	
Ne sais pas N (%)	3 (3,4)	4 (6)		5 (4,9)	2 (3,7)	
<b>Psychothérapie</b>						
Oui N (%)	89 (100)	60 (89,6)	0,07	99 (97,1)	50 (92,6)	0,269
Non N (%)	0	3 (4,5)		1 (1)	2 (3,7)	
Ne sais pas N (%)	0	4 (6)		2 (2)	2 (3,7)	
<b>Prise en charge nutritionnelle</b>						
Oui N (%)	37 (41,6)	30 (44,8)	0,403	44 (43,1)	23 (42,6)	0,789
Non N (%)	46 (51,7)	28 (41,8)		47 (46,1)	27 (50)	
Ne Sais Pas N (%)	6 (6,7)	9 (13,4)		11 (10,8)	4 (7,4)	

<b>Masque somatique</b>	<b>Formation</b>			<b>Statut</b>		
	<b>Oui n = 89</b>	<b>Non n = 67</b>	<b>p value</b>	<b>Médecins « seniors » n = 102</b>	<b>Internes n = 54</b>	<b>p value</b>
<b>Prise en charge sociale, aides à domicile</b>						
Oui N (%)	84 (94,4)	58 (86,6)	0,241	92 (90,2)	50 (92,6)	1
Non N (%)	2 (2,2)	4 (6)		4 (3,9)	2 (3,7)	
Ne Sais Pas N (%)	3 (3,4)	5 (7,5)		6 (5,9)	2 (3,7)	
<b>Prise en charge fonctionnelle (Kiné, Activité physique)</b>						
Oui N (%)	86 (51,7)	63 (94)	0,576	98 (96,1)	51 (94,4)	0,279
Non N (%)	1 (1,1)	2 (3)		1 (1)	2 (3,7)	
Ne Sais Pas N (%)	2 (2,2)	2 (3)		3 (2,9)	1 (1,9)	
<b>Réseau Personne âgée</b>						
Oui N (%)	81 (91)	59 (88,1)	0,699	90 (88,2)	50 (92,6)	0,668
Non N (%)	3 (3,4)	3 (4,5)		3 (2,9)	3 (5,6)	
Ne Sais Pas N (%)	5	5 (7,5)		9 (8,8)	1 (1,9)	
<b>Bilan mémoire</b>						
Oui N (%)	31 (34,8)	31 (46,3)	0,18	45 (44,1)	17 (31,5)	0,087
Non N (%)	49 (55,1)	31 (46,3)		47 (46,1)	33 (61,1)	
Ne Sais Pas N (%)	9 (10,1)	5 (7,5)		10 (9,8)	4 (7,4)	
<b>Club senior</b>						
Oui N (%)	57 (34,8)	46 (68,7)	0,396	68 (66,7)	35 (64,8)	0,385
Non N (%)	18 (55,1)	10 (14,9)		16 (15,7)	12 (22,2)	
Ne Sais Pas N (%)	14 (91)	11 (16,4)		18 (17,6)	7 (13)	



**Tableau 15 : Comparaison entre les sous-groupes : prise en charge associée dans la dépression avec troubles cognitifs**

<i>Dépression avec troubles cognitifs</i>	Formation			Statut		
	Oui n = 116	Non n = 87	p value	Médecins « seniors » n = 124	Internes n = 79	p value
<b>Anxiolytiques</b>						
Oui N (%)	17 (14,7)	15 (17,2)	0,481	21 (16,9)	11 (13,9)	0,544
Non N (%)	91 (78,4)	61 (70,1)		91 (73,4)	61 (77,2)	
Ne sais pas N (%)	8 (6,9)	11 (12,6)		12 (9,7)	7 (8,9)	
<b>Hypnotiques</b>						
Oui N (%)	22 (18,9)	16 (18,4)	0,627	19 (15,3)	19 (24,1)	0,121
Non N (%)	86 (74,1)	63 (72,4)		95 (76,6)	54 (68,4)	
Ne sais pas N (%)	8 (6,9)	8 (9,2)		10 (8,1)	6 (7,6)	
<b>Neuroleptiques, antipsychotiques</b>						
Oui N (%)	1 (0,9)	2 (2,3)	0,575	3 (2,4)	0	0,274
Non N (%)	109 (94)	79 (90,8)		111 (89,5)	77 (97,5)	
Ne sais pas N (%)	6 (5,2)	6 (6,9)		10 (8,1)	2 (2,5)	
<b>Sismothérapie</b>						
Oui N (%)	2 (1,7)	1 (1,1)	1	3 (2,4)	0	0,271
Non N (%)	109 (94)	77 (88,5)		109 (87,9)	77 (97,5)	
Ne sais pas N (%)	5 (4,3)	9 (10,3)		12 (9,7)	2 (2,5)	
<b>Psychothérapie</b>						
Oui N (%)	100 (86,2)	75 (86,2)	0,344	106 (85,5)	69 (87,3)	0,826
Non N (%)	13 (11,2)	6 (6,9)		12 (9,7)	7 (8,9)	
Ne sais pas N (%)	3 (2,6)	6 (6,9)		6 (4,8)	3 (3,8)	
<b>Prise en charge nutritionnelle</b>						
Oui N (%)	67 (57,8)	49 (56,3)	0,593	71 (57,3)	45 (57)	0,607
Non N (%)	42 (36,2)	26 (29,9)		39 (31,5)	29 (36,7)	
Ne Sais Pas N (%)	7 (6)	12 (13,8)		14 (11,3)	5 (6,3)	

<b>Dépression avec troubles cognitifs</b>	<b>Formation</b>			<b>Statut</b>		
	<b>Oui n = 116</b>	<b>Non n = 87</b>	<b>p value</b>	<b>Médecins « seniors » n = 124</b>	<b>Internes n = 79</b>	<b>p value</b>
<b>Prise en charge sociale, aides à domicile</b>						
Oui N (%)	102 (87,9)	79 (90,8)	0,206	111 (89,5)	70 (88,6)	1
Non N (%)	9 (7,8)	3 (3,4)		7 (5,6)	5 (6,3)	
Ne Sais Pas N (%)	5 (4,3)	5 (5,7)		6 (4,8)	4 (5,1)	
<b>Prise en charge fonctionnelle (Kiné, Activité physique)</b>						
Oui N (%)	61 (52,6)	49 (56,3)	0,276	71 (57,3)	39 (49,4)	0,213
Non N (%)	47 (40,5)	27 (31)		41 (33,1)	33 (41,8)	
Ne Sais Pas N (%)	8 (6,9)	11 (12,6)		12 (9,7)	7 (8,9)	
<b>Réseau Personne âgée</b>						
Oui N (%)	99 (85,3)	74 (85,1)	0,940	105 (84,7)	68 (86,1)	1
Non N (%)	7 (6)	5 (5,7)		7 (5,6)	5 (6,3)	
Ne Sais Pas N (%)	10 (8,6)	8 (9,2)		12 (9,7)	6 (7,6)	
<b>Bilan mémoire</b>						
Oui N (%)	104 (89,7)	78 (89,7)	0,738	113 (91,1)	69 (87,3)	0,092
Non N (%)	9 (7,8)	8 (9,2)		7 (5,6)	10 (12,7)	
Ne Sais Pas N (%)	3 (2,6)	1 (1,1)		4 (3,2)	0	
<b>Club senior</b>						
Oui N (%)	80 (69)	61 (70,1)	0,093	89 (71,8)	52 (65,8)	0,704
Non N (%)	20 (17,2)	7 (8)		16 (12,9)	11 (13,9)	
Ne Sais Pas N (%)	16 (13,8)	19 (21,8)		19 (15,3)	16 (20,3)	

**Tableau 16 : Comparaison entre les sous-groupes : prise en charge associée dans la dépression mélancolique**

<i>Dépression mélancolique</i>	Formation			Statut		p value
	Oui n = 123	Non n = 104	p value	Médecins « seniors » n = 141	Internes n = 86	
<b>Anxiolytiques</b>						
Oui N (%)	70 (56,9)	63 (60,6)	0,316	89 (63,1)	45 (52,3)	<b>0.03</b>
Non N (%)	42 (34,1)	28 (26,9)		35 (24,8)	34 (39,5)	
Ne sais pas N (%)	11 (8,9)	13 (12,5)		17 (12,1)	7 (8,1)	
<b>Hypnotiques</b>						
Oui N (%)	20 (16,3)	18 (17,3)	0,672	25 (17,7)	13 (15,1)	0,553
Non N (%)	83 (67,5)	64 (61,5)		89 (63,1)	58 (67,4)	
Ne sais pas N (%)	20 (16,3)	22 (21,2)		27 (19,1)	15 (17,4)	
<b>Neuroleptiques, antipsychotiques</b>						
Oui N (%)	67 (54,5)	53 (51)	0,881	76 (53,9)	44 (51,2)	0,286
Non N (%)	41 (33,3)	31 (29,8)		40 (28,4)	32 (37,2)	
Ne sais pas N (%)	15 (12,2)	20 (19,2)		25 (17,7)	10 (11,6)	
<b>Sismothérapie</b>						
Oui N (%)	63 (51,2)	44 (42,3)	0,343	71 (50,4)	36 (41,9)	0,099
Non N (%)	41 (33,3)	38 (36,5)		43 (30,5)	36 (41,9)	
Ne sais pas N (%)	19 (15,4)	22 (21,2)		27 (19,1)	14 (16,3)	
<b>Psychothérapie</b>						
Oui N (%)	92 (74,8)	82 (78,8)	0,117	108 (76,6)	66 (76,4)	0,951
Non N (%)	26 (21,1)	13 (12,5)		24 (17)	15 (17,4)	
Ne sais pas N (%)	5 (4,1)	9 (8,7)		9 (6,4)	5 (5,8)	
<b>Prise en charge nutritionnelle</b>						
Oui N (%)	74 (60,2)	54 (51,9)	0,286	78 (55,3)	50 (58,1)	0,981
Non N (%)	36 (29,3)	36 (34,6)		44 (31,2)	28 (32,6)	
Ne Sais Pas N (%)	13 (10,6)	14 (13,5)		19 (13,5)	8 (13,8)	

<b>Dépression mélancolique</b>	<b>Formation</b>			<b>Statut</b>		
	<b>Oui n = 123</b>	<b>Non n = 104</b>	<b>p value</b>	<b>Médecins « seniors » n = 141</b>	<b>Internes n = 86</b>	<b>p value</b>
<b>Prise en charge sociale, aides à domicile</b>						
Oui N (%)	63 (51,2)	58 (55,8)	0,560	71 (50,4)	50 (58,1)	0,368
Non N (%)	45 (36,6)	35 (33,7)		52 (36,9)	28 (32,6)	
Ne Sais Pas N (%)	15 (12,2)	11 (10,6)		18 (12,8)	8 (13,8)	
<b>Prise en charge fonctionnelle (Kiné, Activité physique)</b>						
Oui N (%)	51 (41,5)	46 (44,2)	0,564	60 (42,6)	37 (43)	1
Non N (%)	55 (44,7)	42 (40,4)		60 (42,6)	37 (43)	
Ne Sais Pas N (%)	17 (13,8)	16 (15,4)		21 (14,9)	12 (14)	
<b>Réseau Personne âgée</b>						
Oui N (%)	57 (46,3)	58 (55,8)	0,151	72 (51,1)	43 (50)	0,848
Non N (%)	48 (39)	32 (30,8)		49 (34,8)	31 (36)	
Ne Sais Pas N (%)	18 (14,6)	14 (13,5)		20 (14,2)	12 (14)	
<b>Bilan mémoire</b>						
Oui N (%)	53 (43,1)	59 (56,7)	<b>0,021</b>	73 (51,8)	39 (45,3)	0,296
Non N (%)	59 (48)	34 (32,7)		54 (38,3)	39 (45,3)	
Ne Sais Pas N (%)	11 (8,9)	11 (10,6)		14 (9,9)	8 (13,8)	
<b>Club senior</b>						
Oui N (%)	37 (30,1)	46 (44,2)	<b>0,019</b>	51 (36,2)	32 (37,2)	0,814
Non N (%)	59 (48)	36 (34,6)		60 (42,6)	35 (40,7)	
Ne Sais Pas N (%)	27 (22)	22 (21,2)		30 (21,3)	19 (22,1)	

Annexe 11 : Comparaison des arguments pour/contre l'antidépresseur entre les médecins « seniors » et les internes dans la dépression mélancolique

**Tableau 17a : Comparaison des arguments en faveur de l'introduction d'un traitement antidépresseur entre les médecins « seniors » et les internes dans la dépression mélancolique**

	Médecins « seniors » n = 135	Internes n = 76	p value*
<b>Efficacité dans ce contexte</b>			
PDT N (%)	0	1 (1,3)	0,36
TAF N (%)	60 (44,4)	39 (51,3)	0,337
<b>Prévention du risque suicidaire</b>			
PDT N (%)	5 (3,7)	5 (6,6)	0,501
TAF N (%)	56 (41,5)	33 (43,4)	0,784
<b>Prévention du risque de dépendance</b>			
PDT N (%)	26 (19,3)	32 (42,1)	<b>0</b>
TAF N (%)	22 (16,3)	6 (7,9)	0,084
<b>Prévention du risque de maladie neurodégénérative</b>			
PDT N (%)	40 (29,6)	34 (44,7)	<b>0,027</b>
TAF N (%)	10 (7,4)	6 (7,9)	0,898
<b>Faible risque iatrogénique</b>			
PDT N (%)	38 (28,1)	32 (42,1)	<b>0,039</b>
TAF N (%)	2 (1,5)	3 (3,9)	0,353
<b>Prescription initiale relevant de vos compétences</b>			
PDT N (%)	0	0	
TAF N (%)	65 (48,1)	37 (48,7)	0,94

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord

TAF = Tout à fait d'accord

**Tableau 17b : Comparaison des arguments en défaveur de l'introduction d'un traitement antidépresseur entre les médecins « seniors » et les internes dans la dépression mélancolique**

	Médecins « seniors » n = 6	Internes n = 10	p value*
<b>Peu efficace</b>			
PDT N (%)	1 (16,7)	7 (70)	0,119
TAF N (%)	0	1 (10)	1
<b>Doute diagnostique : attente réévaluation et/ou avis spécialiste</b>			
PDT N (%)	2 (33,3)	2 (20)	0,604
TAF N (%)	1 (16,7)	5 (50)	0,307
<b>Risque suicidaire (levée d'inhibition)</b>			
PDT N (%)	0	5 (50)	0,093
TAF N (%)	3 (50)	3 (30)	0,607
<b>Risque iatrogénique</b>			
PDT N (%)	1 (16,7)	5 (50)	0,307
TAF N (%)	1 (16,7)	2 (20)	1
<b>Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences</b>			
PDT N (%)	3 (50)	7 (70)	0,607
TAF N (%)	0	0	

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord

TAF = Tout à fait d'accord

Annexe 12 : Comparaison des arguments pour/contre l'orientation entre les formés et les non formés dans la dépression mélancolique et comparaison des spécialités choisies

**Tableau 19 : Comparaison des spécialités ciblées en cas d'orientation entre les formés et les non formés**

<b>Orientation</b>	<b>Formés n = 47</b>	<b>Non formés n = 54</b>	<b>p value</b>
<b>Médecin traitant N (%)</b>	6 (12,8)	4 (7,4)	0,508
<b>Gériatre N (%)</b>	5 (10,6)	3 (5,6)	0,467
<b>Psychiatrie générale N (%)</b>	4 (8,5)	10 (17,5)	0,147
<b>Gérontopsychiatre N (%)</b>	24 (51,1)	24 (44,4)	0,506
<b>Neurologue N (%)</b>	8 (17)	12 (22,2)	0,513
<b>Spécialiste d'organe N (%)</b>	0	1 (1,9)	1

**Tableau 20a : Comparaison des arguments en faveur de l'orientation entre les formés et les non formés dans la dépression mélancolique**

	<b>Formés n = 47</b>	<b>Non formés n = 54</b>	<b>p value*</b>
<b>Incertitude diagnostique</b>			
PDT N (%)	22 (46,8)	16 (29,6)	0,075
TAF N (%)	4 (8,5)	6 (11,1)	0,748
<b>Tableau complexe</b>			
PDT N (%)	5 (10,6)	4 (7,4)	0,73
TAF N (%)	13 (27,7)	7 (13)	0,065
<b>Tableau sévère</b>			
PDT N (%)	2 (4,3)	1 (1,9)	0,596
TAF N (%)	25 (53,2)	27 (50)	0,749
<b>Risque suicidaire</b>			
PDT N (%)	6 (12,8)	2 (3,7)	0,141
TAF N (%)	20 (42,6)	25 (46,3)	0,706
<b>Besoin de complément d'informations sur la conduite à tenir</b>			
PDT N (%)	8 (17)	3 (5,6)	0,065
TAF N (%)	13 (27,7)	16 (26,9)	0,827
<b>Intérêt d'une prise en charge conjointe</b>			
PDT N (%)	1 (2,1)	0	0,465
TAF N (%)	22 (46,8)	23 (42,6)	0,671
<b>Facilité d'identification du spécialiste à contacter</b>			
PDT N (%)	4 (8,5)	5 (9,3)	1
TAF N (%)	18 (38,3)	13 (24,1)	0,122
<b>Facilité d'accès au spécialiste à contacter</b>			
PDT N (%)	6 (12,8)	6 (11,1)	0,798
TAF N (%)	12 (25,5)	9 (16,7)	0,273

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord

TAF = Tout à fait d'accord



**Tableau 20b : Comparaison des arguments en défaveur de l'orientation entre les formés et les non formés dans la dépression mélancolique**

	<b>Formés n = 76</b>	<b>Non formés n = 50</b>	<b>p value*</b>
<b>Certitude diagnostique</b>			
PDT N (%)	0	2 (4)	0,156
TAF N (%)	36 (47,4)	23 (46)	0,88
<b>Tableau peu complexe</b>			
PDT N (%)	15 (19,7)	10 (20)	0,971
TAF N (%)	7 (9,2)	4 (8)	1
<b>Tableau peu sévère</b>			
PDT N (%)	56 (73,7)	37 (74)	0,969
TAF N (%)	1 (1,3)	0	1
<b>Faible risque suicidaire</b>			
PDT N (%)	56 (73,7)	37 (74)	0,969
TAF N (%)	0	0	
<b>A l'aise dans la prise en charge</b>			
PDT N (%)	0	0	
TAF N (%)	29 (38,2)	6 (12)	<b>0,001</b>
<b>Difficultés d'identification du spécialiste à contacter</b>			
PDT N (%)	49 (64,5)	19 (38)	<b>0,004</b>
TAF N (%)	4 (5,3)	5 (10)	0,481
<b>Difficultés d'accès au spécialiste envisagé</b>			
PDT N (%)	48 (63,2)	18 (36)	<b>0,003</b>
TAF N (%)	3 (3,9)	3 (6)	0,681
<b>Défaut de retour d'informations du spécialiste envisagé</b>			
PDT N (%)	51 (67,1)	21 (42)	<b>0,005</b>
TAF N (%)	2 (2,6)	1 (2)	1

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord

TAF = Tout à fait d'accord

Annexe 13 : Comparaison des arguments pour/contre l'antidépresseur entre les formés et les non formés dans la dépression caractérisée post-deuil

**Tableau 21a : Comparaison des arguments en faveur de l'introduction d'un traitement antidépresseur entre les formés et les non formés dans la dépression caractérisée post-deuil**

	<b>Formés n = 120</b>	<b>Non formés n = 101</b>	<b>p value*</b>
<b>Efficacité dans ce contexte</b>			
PDT N (%)	0	1 (1)	1
TAF N (%)	52 (43,3)	28 (27,7)	0,16
<b>Prévention du risque suicidaire</b>			
PDT N (%)	7 (5,8)	5 (5)	0,773
TAF N (%)	39 (32,5)	19 (18,8)	<b>0,021</b>
<b>Prévention du risque de dépendance</b>			
PDT N (%)	31 (25,8)	28 (27,7)	0,752
TAF N (%)	21 (17,5)	14 (13,9)	0,46
<b>Prévention du risque de maladie neurodégénérative</b>			
PDT N (%)	36 (30)	37 (36,6)	0,296
TAF N (%)	8 (6,7)	7 (6,9)	0,938
<b>Faible risque iatrogénique</b>			
PDT N (%)	31 (25,8)	38 (37,6)	0,06
TAF N (%)	1 (0,8)	2 (2)	0,594
<b>Prescription initiale relevant de vos compétences</b>			
PDT N (%)	1 (0,8)	1 (1)	1
TAF N (%)	65 (54,2)	38 (37,6)	<b>0,014</b>

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord

TAF = Tout à fait d'accord

**Tableau 21b : Comparaison des arguments en défaveur de l'introduction d'un traitement antidépresseur entre les formés et les non formés dans la dépression caractérisée post-deuil**

	<b>Formés n = 2</b>	<b>Non formés n = 8</b>	<b>p value*</b>
<b>Peu efficace</b>			
PDT N (%)	2 (100)	4 (50)	0,467
TAF N (%)	0	0	
<b>Doute diagnostique : attente réévaluation et/ou avis spécialiste</b>			
PDT N (%)	1 (50)	1 (12,5)	0,378
TAF N (%)	0	3 (37,5)	1
<b>Risque suicidaire (levée d'inhibition)</b>			
PDT N (%)	1 (50)	3 (37,5)	1
TAF N (%)	0	0	
<b>Risque iatrogénique</b>			
PDT N (%)	1 (50)	0	0,2
TAF N (%)	0	2 (25)	1
<b>Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences</b>			
PDT N (%)	2 (100)	5 (62,5)	1
TAF N (%)	0	1 (12,5)	1

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord

TAF = Tout à fait d'accord

Annexe 14 : Comparaison des arguments pour/contre l'antidépresseur entre les formés et les non formés dans le masque somatique

**Tableau 22a : Comparaison des arguments en faveur de l'introduction d'un traitement antidépresseur entre les formés et les non formés dans le masque somatique**

	<b>Formés n = 63</b>	<b>Non formés n = 34</b>	<b>p value*</b>
<b>Efficacité dans ce contexte</b>			
PDT N (%)	0	0	
TAF N (%)	8 (12,7)	10 (29,4)	<b>0,043</b>
<b>Prévention du risque suicidaire</b>			
PDT N (%)	12 (19)	8 (23,5)	0,603
TAF N (%)	7 (11,1)	5 (14,7)	0,748
<b>Prévention du risque de dépendance</b>			
PDT N (%)	8 (12,7)	10 (29,4)	<b>0,043</b>
TAF N (%)	11 (17,5)	6 (17,6)	0,982
<b>Prévention du risque de maladie neurodégénérative</b>			
PDT N (%)	17 (27)	16 (47,1)	<b>0,046</b>
TAF N (%)	4 (6,3)	3 (8,8)	0,693
<b>Faible risque iatrogénique</b>			
PDT N (%)	12 (19)	12 (35,3)	0,077
TAF N (%)	2 (3,2)	0	0,54
<b>Prescription initiale relevant de vos compétences</b>			
PDT N (%)	1 (1,6)	1 (2,9)	1
TAF N (%)	23 (36,5)	10 (29,4)	0,482

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord

TAF = Tout à fait d'accord

**Tableau 22b : Comparaison des arguments en défaveur de l'introduction d'un traitement antidépresseur entre les formés et les non formés dans le masque somatique**

	<b>Formés n = 26</b>	<b>Non formés n = 33</b>	<b>p value*</b>
<b>Peu efficace</b>			
PDT N (%)	11 (42,3)	9 (27,3)	0,226
TAF N (%)	1 (3,8)	0	0,441
<b>Doute diagnostique : attente réévaluation et/ou avis spécialiste</b>			
PDT N (%)	1 (3,8)	0	0,441
TAF N (%)	18 (69,2)	13 (39,4)	<b>0,023</b>
<b>Risque suicidaire (levée d'inhibition)</b>			
PDT N (%)	14 (53,8)	9 (27,3)	<b>0,038</b>
TAF N (%)	0	0	
<b>Risque iatrogénique</b>			
PDT N (%)	3 (11,5)	4 (12,1)	1
TAF N (%)	4 (15,4)	6 (18,2)	1
<b>Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences</b>			
PDT N (%)	19 (73,1)	14 (42,4)	<b>0,019</b>
TAF N (%)	0	3 (9,1)	0,248

\*Comparaison des variables suivantes : 0 (PDT) vs tous les autres (1 à 5) et 5 (TAF) vs tous les autres (0 à 4)

PDT = Pas du tout d'accord

TAF = Tout à fait d'accord

## Abréviations

AFFEP : Association Fédérative Française des Étudiants en Psychiatrie

AFPEP-SNPP : Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé-Syndicat National des Psychiatres Privés

ANIPPA : Association Nationale des Internes de Psychiatrie de la Personne Âgée

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CANMAT : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

CMP : Centre médico-psychologique

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaire

DIU : Diplôme interuniversitaire

DU : Diplôme universitaire

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MMSE : Mini mental state examen

SF3PA : Société Francophone de Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne Âgée

# 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.