



HAL
open science

État des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé par les gériatres

Raphaël Didier

► **To cite this version:**

Raphaël Didier. État des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé par les gériatres. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03432522

HAL Id: dumas-03432522

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03432522>

Submitted on 17 Nov 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Etat des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de la
dépression du sujet âgé par les gériatres**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

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

Le 28 Octobre 2021

Par Monsieur Raphael DIDIER

Né le 3 septembre 1991 à Ajaccio (2A)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de GERIATRIE NR

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Madame le Docteur FRANQUI Caroline

Monsieur le Docteur SI AHMED Lionel Lyes

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
➤ 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

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

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 DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} 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		DJANE 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

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

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

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

2016

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

2017

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

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

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
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

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

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
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. RADDA (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 Mikaël
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
CHAUMOTRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-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
RAOULT Didier <i>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

GUIEU Régis
 GUIS Sandrine
 GUYE Maxime
 GUYOT Laurent
GUY'S 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
 MERRROT 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	RESSÉGUIER 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 Lactitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoit	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 Benoit	

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)

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) *Surmombre*

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)

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*

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)

**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)

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)
TAJEB 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 Teodora 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 CANCEROLOGIE ; 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)
DUONSEIL 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)
MERROT 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 5203

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)

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

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) *Sumombre*
 BRETTELE 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

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-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)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/21 MOAL Valérie (PU-PH)

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

ROBERT Thomas (MCU-PH)

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)

NEUROCHIRURGIE 4902

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 FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

NUTRITION 4404

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

VALERO René (PU-PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

FELICIAN Olivier (PU-PH)

DAVID Thierry (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

DESSI Patrick (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

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

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)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (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)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 480

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-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)

Remerciement

Merci aux membres de mon jury de thèse de me faire l'honneur de leur présence.

A Madame le Professeur Sylvie BONIN GUILLAUME, Présidente de mon jury, Directrice de thèse, Merci d'avoir accepté de diriger ce projet de thèse avec qualité. Je vous remercie pour votre accompagnement et implication durant mon cursus, la transmission de votre culture gériatrique et enfin, votre soutien à mon projet de thèse.

A Monsieur le Professeur Pascal ROSSI, Merci à vous de m'avoir encadré au début de mon internat dans votre service et d'accepter que je revienne. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. C'est un honneur que vous jugiez mon travail.

A Madame le Docteur Caroline FRANQUI, Merci d'avoir porté de l'intérêt à ce travail, votre rigueur, votre justesse et votre fibre gériatrique font de vous une cheffe d'unité hors pair.

A Monsieur le Docteur Lionel Lyes SI AHMED , Merci pour votre aide au cours de ce travail, votre expertise en psychiatrie est indispensable au jugement de ce travail.

Remerciements à Madame le Docteur Sylvie Arlotto, sans qui ce travail n'aurait pas eu de résultats. Merci pour vos rappels de Biostatistiques.

Pour mon parcours d'internat Marseillais, je remercie :

- Aux Drs Fanny Bernard et Mélanie Gomez, de m'avoir accueillie à mes débuts au Court séjour Gériatrique de l'hôpital Nord et de m'avoir tant appris,
- A l'équipe des urgences de l'hôpital Nord pour votre professionnalisme et votre dévouement au quotidien,
- Au Dr Stéphanie ABOU NAKAD, brillante médecin interniste à Sainte Marguerite, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance, une vraie cheffe d'unité en or.
- A l'équipe du SSR de Sainte Marguerite et au Dr Sonia Belmeliani qui m'ont tant appris sur la rééducation,
- Au Dr Emmanuelle Lesclide, et à l'équipe soignante du Court Séjour Alzheimer du CGD, pour ces 5 mois qui m'ont appris tant l'importance de la prise en charge des troubles du comportement et pour l'ambiance qui règne dans votre service.
- A l'équipe du Professeur Paganelli, pour ces 6 mois à vos coté et votre transmission de connaissances en cardiologie.

- A l'équipe du Professeur Azulay et à Stéphan Grimaldi, pour ta pédagogie, et ta patience dans cette belle spécialité qu'est la neurologie.

A tous mes compagnons d'internat, merci :

- Marion et Claire, mes premiers co-internes, pour ce partage d'expérience, du bonheur pour la suite de votre parcours professionnel,
- Ariane, Alain Pierre, Pierre, Benjamin, Julie, Emilie, Alicia, Margot, Marie, Fanny, et tous les nouveaux co-internes de DES de Gériatrie, et futurs confrères, à cette belle spécialité qu'est la nôtre,
- A Cécilia brillante interne de psychiatrie d'avoir partagé ce travail,
- Jessy (toujours de bonne humeur), Victoria (toujours à râler) et Josselin (le daron), co-internes du Covid et du confinement,
- A Camille la meilleure pédiatre du Sud,
- A tous mes co-internes que je ne cite pas, merci

A mes camarades Corse merci, après presque 10 ans d'amitié. Même avec la distance rien ne change. J'ai hâte de partager d'autres moments de vie avec vous.

- Carl'anto, Thomas, Antoine, Alexis et Carlu à toutes nos soirées sur Marseille et Aix,
- Marina et à notre passion des burgers et à tes 5 années Marseillaise, ville que tu adores,
- Noemie, Marie et Charlotte à nos soirées sushis, nos randonnées et votre bonne humeur,

A Soumia pour notre belle année à deux, et celles qui arrivent, et à la fin de ces week-end studieux que tu as tant détestés,

A ma famille,

Mes grands-parents et arrière-grands-parents, ceux qui sont partis trop tôt merci

A papy Titin et Mamie Coco qui sont toujours présents

A mes oncles et tantes pour vos enseignements éclairés, vous avez été des modèles à suivre,

Mes parents, pour votre soutien durant toutes ces années. A vous deux, sans qui je n'y serais pas arrivé

Jean Sauveur, qui m'a transmis sa passion de la médecine et de la Gériatrie, qui à toujours été présent quoiqu'il arrive, merci

Véronique sans qui je ne serai pas celui que je suis aujourd'hui, merci pour ton amour et ton soutien,

Florent et Guillaume mes deux frères, avec qui j'ai grandi et sans qui rien ne serait pareil,

1	Définition de la personne âgée.....	1
2	Définition de la dépression	1
2.1	Définition.....	1
2.2	Épidémiologie de la dépression.....	2
2.3	Facteurs de risque de la dépression	2
2.4	Particularités sémiologiques de la dépression chez la personne âgée	2
3	Crise suicidaire chez la personne âgée	5
4	Dépistage de la dépression en milieu hospitalier	6
5	Démence et dépression	6
6	Outils de dépistage de la dépression chez la personne âgée	7
6.1	Les outils d'auto-évaluation	7
6.1.1	La GDS.....	7
6.1.2	Beck Depression Inventory	8
6.2	Les outils d'hétéroévaluation.....	8
6.2.1	La MADRS	8
6.2.2	L'échelle de Hamilton.....	9
6.2.3	L'HADS	9
7	Recommandations de prise en charge de la dépression chez la personne âgée.....	9
7.1	Généralités	9
7.2	Les thérapeutiques médicamenteuses	10
7.2.1	Les antidépresseurs	10
7.2.1.1	Place des antidépresseurs dans la prise en charge.....	10
7.2.1.2	Antidépresseurs recommandés.....	10
7.2.1.3	Classe d'antidépresseur.....	11
7.2.1.4	Posologie de l'antidépresseur	11
7.2.1.5	Durée du traitement par antidépresseur	12
7.3	Autres thérapeutiques médicamenteuses	12
7.3.1	Les anxiolytiques et hypnotiques	12
7.3.2	Les neuroleptiques.....	13
7.3.3	Les thérapeutiques non médicamenteuses : Les psychothérapies	14
7.4	L'électroconvulsivothérapie	14
7.5	La prise en charge sociale et globale	15
8	Le recours au(x) spécialiste(s)	15
9	Objectif de l'étude	16
9.1	Objectif principal	16
9.2	Objectif secondaire	16
10	Matériel et méthode	16

10.1	Population étudiée.....	16
10.2	Mode de recueil des données	17
10.3	Questionnaire utilisé	17
10.4	Analyse des données	19
10.4.1	Méthode statistique utilisée.....	19
10.5	Droit d'accès aux données et anonymats	20
10.6	Considérations éthiques	20
11	Résultats	20
11.1	Caractéristiques sociodémographiques des répondants.....	20
11.1.1	Répartition géographique :	23
11.2	Diagnostic de la dépression	23
11.2.1	Autre diagnostic évoqué.....	24
11.2.2	Modalité utilisée pour confirmer le diagnostic de la dépression.....	24
11.2.2.1	Echelles utilisées.....	25
11.3	Orientation vers le spécialiste	27
11.3.1	Place de l'orientation.....	27
11.3.2	Spécialiste privilégié pour l'orientation	27
11.3.3	Raison de l'orientation vers un spécialiste.....	28
11.3.4	Argument pour la non-orientation vers un spécialiste	29
11.4	Prescription d'un traitement antidépresseur.....	31
11.4.1	Place de la prescription d'un traitement antidépresseur.....	31
11.4.2	Arguments pour la prescription d'un traitement antidépresseur	31
11.4.3	Arguments pour la non-prescription d'un traitement anti-dépresseur	32
11.5	Prescription d'un antidépresseur en fonction de l'orientation	34
11.6	Structure de l'orientation	34
11.7	Reste de la prise en charge : autre mesure thérapeutique	35
11.7.1	Autres thérapeutiques : médicamenteuses.....	35
11.7.2	Autres thérapeutiques : non-médicamenteuses	36
11.7.3	Autres thérapeutiques : sociales	37
11.8	Analyse des sujets ayant évoqué une dépression dans les 4 vignettes.....	38
	Un total de 83 répondants a évoqué le diagnostic de dépression pour chacune des quatre vignettes.	38
11.9	Comparaison en fonction de la formation en psychiatrie de la personne âgée	39
11.9.1	Dépression caractérisée post-deuil	39
11.9.2	Dépression avec masque somatique.....	39
11.9.3	Dépression avec troubles cognitifs.....	39
11.9.4	Dépression mélancolique	40

11.10	Comparaison en fonction de l'ancienneté.....	40
11.11	Comparaison entre les internes et les gériatres	41
12	DISCUSSION	42
12.1	Principaux résultats.....	42
12.1.1	Le diagnostic de la dépression	42
12.1.2	Méthode utilisée pour le diagnostic	42
12.1.3	Orientation vers un spécialiste	43
12.1.4	Prescription d'antidépresseur	45
12.1.5	Autre thérapeutique mise en place	46
12.1.6	Prise en charge psycho-sociale.....	46
12.1.7	Formation en psychiatrie	46
12.1.8	Impact de l'ancienneté	48
12.2	Forces et limites de notre étude	48
12.2.1	Forces	48
12.2.2	Limites de l'étude.....	49
12.2.2.1	Représentativité de la population.....	49
12.2.2.2	Biais de sélection	49
12.2.2.3	Biais de déclaration.....	50
12.2.2.4	Biais d'information	50
13	Conclusion.....	51
14	Bibliographie.....	52

INTRODUCTION : Dépression du sujet âgé :

1 Définition de la personne âgée

Pour caractériser « la personne âgée » il existe différentes définitions. Pour l'organisation mondiale de santé (OMS) on peut définir le vieillissement d'une personne par « le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraînant une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès » (1). L'OMS a donc fixé à 60 ans l'âge à partir duquel une personne est considérée comme une personne âgée (2).

Cependant dans les pays occidentaux, comme en France par exemple, un âge de 65 ans ou plus est souvent retenu pour définir une « personne âgée » par des organismes tel que l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (3). Ainsi le seuil pour définir un sujet d'âge coïncide souvent avec l'âge de la retraite (4)(5).

2 Définition de la dépression

2.1 Définition

La dépression obéit également à plusieurs définitions. Si l'on se base sur la définition de l'OMS on peut définir la dépression par « un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. La dépression peut perdurer ou devenir récurrente, entravant ainsi de façon substantielle l'aptitude d'un individu à fonctionner au travail ou à l'école ou à faire face à sa vie quotidienne » (6).

La dépression est avant tout un diagnostic clinique.

Actuellement, la classification internationale des maladies dans sa version 10 (CIM- 10) définie par l'OMS (annexe 1) (7) est la classification de référence.

Cependant, la 5ème édition du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), (annexe 2) (8) proposée par l'American Psychiatric Association (APA) est plus utilisée que la CIM-10 pour les recherches cliniques en psychiatrie et tend également à faire référence en pratique clinique courante. Pour définir la dépression, le DSM-V propose le terme d'épisode dépressif caractérisé (EDC).

Ainsi ces deux classifications définissent des symptômes psychiques et physiques spécifiques devant être présents durant une durée d'au moins 2 semaines (7,8).

Trois niveaux de sévérité existent : léger, modéré ou sévère (annexe 3) (9). La sévérité d'une dépression selon les critères diagnostiques du DSM-V et de la CIM-10, est définie par le nombre de symptômes, leur intensité et par le degré de dysfonctionnement ressenti par le patient dans les activités sociales et professionnelles.

2.2 Épidémiologie de la dépression

Les personnes âgées de plus de 65 ans regroupaient 20,5 % de la population française totale en Janvier 2020 (10). Les résultats des différentes études concernant la prévalence de la dépression varient dans la littérature en fonction des définitions de celle-ci, des méthodes d'identification et d'évaluation choisies.

En France, la dépression est la maladie psychiatrique la plus fréquente du sujet âgé touchant 11 à 13% des personnes de 65 ans et plus, avec notamment 25% des sujets âgés hospitalisés et 40% des sujets âgés en EHPAD (11,12). L'enquête Anadep2 réalisée en France en 2005 montre que la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois est de 4,6% chez les 65-75 ans (13).

2.3 Facteurs de risque de la dépression

Il est important de connaître les facteurs de risque de la dépression.

Parmi les principaux auxquels nous devons être attentifs on peut citer (14) : le sexe féminin, les antécédents dépressifs personnels ou familiaux, une pathologie somatique (chronique, invalidante et/ou douloureuse), une perte d'autonomie, la fonction d'aidant auprès d'une personne dépendante, une poly-médication, le célibat (14).

On peut aussi noter des signes d'alerte récents avec un changement récent de l'humeur ou des comportements. Il est également important de rechercher des points d'appel somatiques (douleur, amaigrissement ou trouble de l'appétit, asthénie ralentissement moteur, troubles du sommeil, prurit généralisé...) (14).

2.4 Particularités sémiologiques de la dépression chez la personne âgée

Ce qui est important de mettre en relief ici est le fait que la dépression du sujet âgé ne fait pas partie du processus normal de vieillissement ; c'est une pathologie à part entière.

Une humeur triste est souvent mise sur le compte du vieillissement (15). Cependant, même si les personnes âgées expriment peu la douleur morale, cette dernière n'est pas toujours synonyme de souffrance psychique et il ne faut pas la confondre avec des réflexions sur la mort ou la vieillesse ; réflexions qui leur permettent de s'adapter au remaniement de leurs capacités et de leurs aptitudes et donc les conduisent à accepter le processus de vieillissement.

Une autre difficulté réside dans le fait le ralentissement psychomoteur va être plus difficile à apprécier chez la personne âgée. Cette dernière étant souvent polypathologique (maladie de Parkinson, hypothyroïdie, insuffisance cardiaque...), un éventuel ralentissement psychomoteur peut être masqué par des aptitudes physiques diminuées (16,17).

Il est donc primordial de prendre en compte les spécificités de la personne âgée ce qui n'est pas toujours le cas et qui explique pourquoi la dépression reste sous-diagnostiquée dans cette population (18).

En effet, même si en règle générale les symptômes de la dépression rapportés chez le sujet jeune peuvent être observés chez le sujet âgé, beaucoup s'accordent sur le fait que les critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 ne sont pas forcément adaptés aux personnes âgées (19,20). La symptomatologie est souvent moins franche et plus diverse que celle d'une population plus jeune (21,22).

La dépression va présenter certaines spécificités chez les personnes âgées :

- Des plaintes somatiques fréquentes souvent au premier plan,
- Une anxiété ou des modifications du caractère plus marquées,
- Une expression de la tristesse moins accentuée,
- Une plainte mnésique subjective,
- Une apathie associée.

Différentes formes de dépression plus ou moins typiques ont été définies :

- **La forme anxieuse** est dominée par une inquiétude permanente émaillée d'accès anxieux inexplicables, une grande inhibition, des ruminations envahissantes, ainsi qu'une dépendance et des comportements régressifs. Parfois, le tableau clinique est d'allure pseudo-confusionnelle (23).

- **La forme hypocondriaque** se manifeste essentiellement par des plaintes somatiques sans tristesse au premier plan, avec une anxiété majeure et de fréquentes revendications (23).

- **La forme conative** survient essentiellement chez les sujets de plus de 85 ans et s'exprime par une forte démotivation, un désengagement affectif et relationnel, un sentiment d'inutilité d'être, de renoncement, avec apathie et anhédonie. On note également une négligence envers soi-même, et des manifestations de régression et de dépendance (23).

- **La forme pseudo-déméntielle** est caractérisée par une désorientation temporo-spatiale, des troubles mnésiques, des difficultés de concentration et des troubles praxiques, ainsi qu'une agitation, des déambulations et un mutisme. On note fréquemment la sévérité et la brutalité des conduites régressives et de la dépendance. La dépression chez la personne âgée peut donc se manifester par une plainte de perte de mémoire subjective. L'évaluation des fonctions cognitives montre des déficits attentionnels alors que sur le plan de la mémoire, on constate des troubles du rappel sans déficit de l'encodage. C'est pour cette raison qu'il est recommandé de se poser la question d'une dépression devant tout trouble cognitif chez une personne âgée (9).

- **La forme hostile** se caractérise par un changement important et récent du comportement, le sujet devient irritable, susceptible, coléreux, querelleur, mais aussi méfiant, agité et émotionnellement labile (23).

En effet la dépression peut être source d'une souffrance morale qui peut être inhibée par un sentiment de honte devant cette faiblesse apparente (24), et peut alors s'exprimer par une morosité. La tristesse est alors moins verbalisée, laissant souvent la place à des troubles du comportement de type irritabilité, voire **hostilité**, agressivité ou colère (25). Celle-ci est le plus souvent dirigée contre l'entourage direct du patient.

- **Les formes délirantes** associent des idées de préjudice, de persécution, de jalousie, de mécanismes interprétatifs, imaginatifs, plus rarement hallucinatoires, et la possibilité de comportements quérulents, procéduriers et agressifs. Il faut donc être particulièrement attentif au fait que la dépression peut se manifester par un délire où l'on retrouve souvent une idée d'incurabilité, de ruine, de persécution ou encore de négation d'organe (syndrome de Cottard). Il faut néanmoins rappeler que 2 à 5 % des personnes âgées autonomes, indépendamment de tout autre diagnostic psychiatrique, présentent des idées de préjudice et 4 à 5 % des hallucinations.

- **La forme vasculaire** de la dépression survient dans un contexte de pathologie cérébrale vasculaire avec hypodensités de la substance blanche et dysfonctionnement préfrontal. Le ralentissement psychomoteur est marqué ainsi que l'apathie et les troubles des fonctions exécutives.

La dépression peut donc prendre des masques symptomatiques trompeurs et atypiques, empruntés à des maladies physiques, psychiatriques, voire au vieillissement lui-même. En conséquence cette pathologie psychiatrique a de multiples retentissements avec un impact négatif sur la qualité de vie (26, 27), entraînant une surmortalité prématurée (28), une perte d'autonomie, une augmentation du risque suicidaire et du risque d'institutionnalisation secondaire. Le risque suicidaire est important et particulièrement élevé en France se majorant avec l'âge passant de 7.9% chez les 65-74 ans jusqu'à 14.2% chez les 75 ans et plus (29). La dépression du sujet âgé augmente le recours aux soins et entraîne aussi des retentissements en terme de coût pour la société (30).

3 Crise suicidaire chez la personne âgée

Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Celle-ci correspond à un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité qui place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. C'est un état réversible et temporaire (31).

La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. En effet c'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle peut être difficile à identifier (31).

L'évaluation du risque suicidaire se doit d'être systématique en cas de dépression chez la personne âgée et les idées suicidaires doivent toujours être recherchées (32).

Dans la population générale la recherche de la crise suicidaire s'appuie sur différentes manifestations (33):

- L'expression d'idées et d'intentions suicidaires,
- Des manifestations psychiques de crise,
- Un contexte de vulnérabilité.

Cependant chez la personne âgée, les idées suicidaires sont plus rarement explicitement exprimées ce qui contribue à rendre son repérage plus difficile (34) ; celle-ci étant souvent masquée par des plaintes somatiques.

Aussi, même si les personnes âgées présentent un taux moindre de tentative de suicide, elles vont présenter un taux élevé de suicide abouti (30% pour les plus de 65 ans, et proche de 100%

chez l'homme de 85 ans (25). Le taux de décès augmente donc avec l'âge et plus fortement chez l'homme que chez la femme.

4 Dépistage de la dépression en milieu hospitalier

Il faut aussi prendre en compte le fait qu'une hospitalisation peut affecter les personnes sur le plan physique mais également sur le plan psychologique.

En effet, dans un contexte d'hospitalisation aiguë, comme il est souvent le cas en court séjour gériatrique (CSG), de nombreux patients vivront des réactions de stress, d'anxiété et de déprime. Ces réactions peuvent être exacerbées chez des patients présentant des troubles cognitifs légers et donc rencontrant des difficultés à comprendre la nécessité de leur hospitalisation et la vivant comme une contrainte et une entrave à leur liberté.

L'association de plusieurs facteurs comme le vieillissement, une période de stress et un séjour dans un milieu hospitalier, avec des pathologies sous-jacentes contribue facilement à rendre moins perceptible une dépression (35). Il est donc important de toujours être attentif à la symptomatologie dépressive chez tout patient hospitalisé en service de gériatrie.

Pour ce faire il existe des outils à la disposition des gériatres.

5 Démence et dépression

La dépression est associée à des troubles cognitifs, démence et dépression ont donc des signes en commun. La dépression est fréquemment présente chez une personne démente sur deux. Cependant à l'heure actuelle il n'est pas établi de lien entre les deux dans la littérature même si des études semblent montrer un lien.

Tableau 1 Distinction démence et dépression

Distinction démence et dépression		
	Maladie d'Alzheimer	Dépression
Etat affectif	Labile	Tristesse +++
Retentissement psychomoteur	Sur les tâches complexes	Global, touche toutes les tâches
Perte de l'élan vital	Plaisir pour les choses simples	Massive constante
Etat émotionnel	Longtemps préservé	Négativisme
Poids	Baisse tardive, Baisse qualitative	Baisse précoce, qualitative et quantitative
Trouble du sommeil	Tardif	Insomnie précoce
Plainte somatique	Rare	Fréquente ++

Si un sujet dément manifeste une perte d'intérêt alors il faut suspecter une dépression. Si l'on reprend les critères du DSM-V, un nombre supérieur ou égal à 3 de critères suffisent pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur chez la personne souffrant de démence.

6 Outils de dépistage de la dépression chez la personne âgée

Plusieurs outils de dépistage de la dépression existent.

Il est recommandé par l'HAS de ne chercher à dépister la dépression que chez les sujets à risque d'épisode dépressif majeur (36). Pour cela, il existe des outils d'auto et d'hétéroévaluation.

6.1 Les outils d'auto-évaluation

Parmi les outils de dépistage d'auto-évaluation de la dépression on peut citer le Beck Depression Inventory (37), la Self Depression Scale (38), le General Health Questionnaire (39) et la Geriatric Depression Scale ou GDS (40).

Toutes ces échelles d'autoévaluation ont été validées chez le sujet âgé mais ne peuvent pas être utilisées en cas de troubles cognitifs.

6.1.1 La GDS

La GDS a été conçue et validée spécifiquement pour le sujet âgé de plus de 65 ans. La GDS a l'avantage de prendre en compte l'écueil des troubles physiques (évitant de considérer certains troubles fonctionnels comme des troubles dépressifs).

Pour la GDS une limite est fixée par un score MMSE (Mini Mental Status Examination) qui doit être supérieur ou égal à 15 pour permettre son utilisation.

Cependant elle ne permet pas de poser le diagnostic de dépression. Le diagnostic de dépression restera confirmé par le clinicien en se référant aux critères diagnostics du DSM-V et de la CIM 10.

Il existe une version à 4 items (mini-GDS) utilisée lors de l'évaluation gériatrique standardisée mais également la GDS à 15 items ou 30 items pour les versions courtes et longues.

- La GDS 15 est une version abrégée à 15 questions (annexe 4). Un score inférieur à 5 est normal. Un score supérieur ou égal à 5 est évocateur d'une dépression. Un score supérieur ou égal à 12 est évocateur d'une dépression sévère. Sa spécificité et sa sensibilité sont toutes deux de 75%. La VPN est de 95% en cas de score inférieur à 5 (41).

- La mini-GDS est la version courte, comprenant 4 questions (annexe 5). Un score supérieur ou égal à 1 indique une très forte probabilité de dépression. Un score égal à 0 indique une très forte probabilité d'absence de dépression. Sa spécificité est de 69% et sa sensibilité de 80% (41).

La GDS 15 et la mini-GDS ont l'avantage d'être simple d'utilisation, rapides et adaptées à la médecine générale. Elles sont plus performantes comme méthodes d'exclusion du diagnostic de dépression.

6.1.2 Beck Depression Inventory

Le Beck Depression Inventory (BDI-21 items) (annexe 6) est utilisable en population générale et chez les personnes âgées (42).

Il comporte 21 items de symptômes et d'attitudes (il existe une version courte comprenant 13 items), qui décrivent une manifestation comportementale spécifique de la dépression. Ces items sont gradués de 0 à 3 par une série de 4 énoncés reflétant le degré de gravité du symptôme.

Interprétation : un score compris entre 0–9 indique une dépression mineure ; 10–18 indique une dépression légère ; 19–29 indique une dépression modérée et 30–63 indique une dépression sévère.

6.2 Les outils d'hétéroévaluation

Il en existe également de nombreux. On peut citer l'échelle d'Hamilton, la MADRS, l'HADS, la Sandoz Clinical Assessment Geriatric (43) (adaptée pour les sujets âgés souffrant de démence).

6.2.1 La MADRS

La Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS) (annexe 8) est une échelle de dépression également utilisable en population générale et chez la personne âgée (44).

L'échelle comporte 10 items cotés de 0 à 6. Un score de 0 à 6 correspond à un patient sain, un score de 7 à 19 correspond à des symptômes dépressifs légers, un score de 20 à 34 correspond à des symptômes dépressifs modérés et un score supérieur à 34 correspond à des symptômes dépressifs sévères.

6.2.2 L'échelle de Hamilton

L'échelle de dépression de Hamilton (45, 46) (annexe 7) est utilisée en pratique courante pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs y compris chez le sujet âgé, bien que certains aspects puissent être parfois inopérants (par exemple ceux qui font référence aux activités professionnelles alors qu'il peut s'agir de personnes en retraite).

L'évaluation est généralement faite toutes les deux semaines.

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave. Une note de 10 à 13 correspond à des symptômes dépressifs légers, une note de 14 à 17 à des symptômes dépressifs légers à modérés et une note de plus de 18 à des symptômes dépressifs modérés à sévères.

6.2.3 L'HADS

L'échelle Hospital Anxiety Depression (47) (annexe 9) qui à la différence de l'échelle de Hamilton, ne contient aucun item à caractère somatique pouvant être confondu avec les manifestations symptomatiques d'une maladie.

Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Plus la note est élevée plus le risque de dépression augmente. Une note inférieure ou égale à 7 correspond à une absence de symptomatologie. Une note de 8 à 10 à une symptomatologie douteuse et une note de 11 et plus à une symptomatologie certaine.

7 Recommandations de prise en charge de la dépression chez la personne âgée

7.1 Généralités

La prise en charge de la dépression chez la personne âgée obéit à certains principes généraux (48):

- L'éducation du patient, de sa famille et des accompagnants,
- Le traitement de la personne dans son intégralité,
- Le traitement de la symptomatologie dépressive avec pour objectif la rémission complète.

7.2 Les thérapeutiques médicamenteuses

7.2.1 Les antidépresseurs

La dépression chez les personnes âgées est souvent insuffisamment traitée. Une majorité d'entre elles ne reçoivent soit aucun traitement, soit des doses d'antidépresseurs inférieures aux doses recommandées, soit sont traitées pendant une période trop brève (18, 21).

Sans traitement, le pronostic de la dépression est mauvais comme le montre une méta-analyse avec près de 33% de comorbidités et 21% de décès (22). De plus, les taux de rechute semblent être plus élevés que chez les adultes (24).

7.2.1.1 Place des antidépresseurs dans la prise en charge

Des études ont montré que les antidépresseurs (ATD) sont plus efficaces qu'un placebo pour traiter la dépression (31, 49). Dans une grande méta-analyse qui comprenait 51 essais cliniques randomisés (ECR) impliquant des patients de 55 ans ou plus, 1 262 patients sur 2 628 ont obtenu une réponse (taux de réponse, 48 % ; IC à 95 %, 46,1 %-49,9 %) (50–52).

Les antidépresseurs sont donc bénéfiques pour les patients âgés souffrant de dépression.

Les stratégies thérapeutiques selon l'intensité de la dépression sont identiques à celles des patients plus jeunes (53). D'après les recommandations de l'HAS, lors d'une dépression d'intensité modérée, un ATD peut être associé à la psychothérapie, selon la clinique observée par le praticien ou le choix du patient. Pour les dépressions d'intensité sévère, il est recommandé d'instaurer le traitement ATD d'emblée et de toujours l'associer à une psychothérapie (9).

Les antidépresseurs sont donc indiqués pour le traitement des dépressions modérées à sévères. Cependant les patients âgés ont généralement un plus grand nombre de pathologies que les adultes jeunes pouvant compliquer leur prise en charge par des contre-indications aux antidépresseurs (par exemple, un infarctus du myocarde récent, un glaucome ou une insuffisance hépatique ou rénale). Aussi la présence de comorbidités médicales peut entraîner une réponse inadéquate au traitement antidépresseur et une mauvaise tolérance de ce dernier (24).

7.2.1.2 Antidépresseurs recommandés

Les médicaments ATD peuvent être répartis en différents groupes (annexe 10) (54) :

- Les imipraminiques (tricycliques)

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO sélectifs ou non)
- Les ATD de mécanismes pharmacologiques différents (Mirtazapine, Mianserine, Tianeptine et Agomélatine).

7.2.1.3 Classe d'antidépresseur

La HAS recommandait en octobre 2017 en première intention, en raison de leur meilleure tolérance, un ISRS, un IRSNa, ou un médicament de la classe des « autres antidépresseurs », à l'exception de la Tianeptine et de l'Agomélatine.

Les ATD imipraminiques (tricycliques) ne sont recommandés qu'en seconde intention, en raison de leur risque de toxicité cardiovasculaire. L'Agomélatine n'est recommandée qu'en troisième intention en raison de sa toxicité hépatique, ainsi que la Tianeptine en raison de son risque d'abus et de dépendance.

Enfin, les IMAO ne sont recommandés qu'en dernière ligne, après échec des autres thérapeutiques, en prescription spécialisée du fait des leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses (9).

Le choix de la classe d'ATD à utiliser est effectué en fonction des effets secondaires à prévoir, des réponses précédemment obtenues dans le cas d'une dépression antérieure, des préférences du patient et du prescripteur, du coût ainsi que des propriétés pharmacologiques de la substance (55).

7.2.1.4 Posologie de l'antidépresseur

Pour les sujets âgés de 70 ans ou plus, la posologie initiale recommandée est en général la moitié de celle préconisée chez l'adulte (56, 57). On pourra passer à la posologie de l'adulte au bout de 15 jours en cas de bonne tolérance.

Les raisons sont principalement pharmacocinétiques, devant un nombre d'effet indésirable plus important chez les personnes âgées pour des posologies identiques à celle de l'adulte (46).

De plus il faut prendre en compte que la réponse thérapeutique est plus lente chez les personnes âgées (de 10 jours jusqu'à 6 semaines) (9,58).

7.2.1.5 Durée du traitement par antidépresseur

Le schéma de traitement d'un épisode dépressif comporte deux phases (57) :

- Une phase aiguë, durant 2 à 3 mois dont l'objectif est la rémission des symptômes.
- Une phase de consolidation, dont l'objectif est de prévenir les rechutes.

Le Collège National des Enseignants en Gériatrie (CNEG) préconise ainsi un traitement par ATD de 4 mois après la phase aiguë, soit une durée totale de traitement d'au moins 6 mois et 9 mois au maximum s'il s'agit d'un premier EDC (43). En effet il semblerait être important de continuer le traitement après la rémission des symptômes dépressif (59).

La HAS, elle, recommande une durée totale du traitement antidépresseur d'au moins 1 an après la rémission. (9)

Cependant, le traitement ATD doit être poursuivi au-delà de la période de consolidation lorsqu'existent des symptômes résiduels (57). De plus s'il existe des antécédents d'EDC nombreux et sévères l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) préconise une durée de traitement plus importante (de 1 an à 3 ans après rémission si 2^{ème} EDM et de plus de 3 ans si 3^{ème} EDM). Il faut également prendre en compte les pathologies associées et les antécédents familiaux d'EDC (57).

Enfin, le traitement ATD devra être arrêté de façon progressive, sur plusieurs semaines à l'issue de la durée optimale du traitement (60).

7.3 Autres thérapeutiques médicamenteuses

7.3.1 Les anxiolytiques et hypnotiques

Les médecins ont souvent recours à ces deux classes de molécules dans la prise en charge de la dépression.

L'association d'un ATD et d'une benzodiazépine s'était montré plus efficace en population adulte que les ATD seuls pour améliorer la dépression et réduire les symptômes à l'initiation du traitement dans une revue de littérature paru en 2019, même il n'avait pas été retrouvé de différence à un stade ultérieur (61). En France, la co-prescription « ATD + anxiolytique et/ou hypnotique » concernerait presque deux-tiers de la population adulte souffrant d'une dépression (62).

Selon l'HAS, un traitement par benzodiazépine (ou apparenté) peut être justifié à l'initiation d'un ATD pour une durée de 2 semaines en cas d'agitation, d'anxiété ou d'insomnie invalidante (9). Cette co-prescription doit être théoriquement suspendue dès que l'ATD améliore le tableau thymique et que l'anxiété et l'insomnie se sont amendées.

Même s'il n'existe pas de réelle recommandation concernant l'usage des anxiolytiques et hypnotiques dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée, leur prescription se doit d'être prudente. En effet le risque de dépendance aux benzodiazépines n'est jamais négligeable, de même que le risque de chute en raison d'une baisse de la vigilance (57,63).

Il faut aussi être particulièrement attentif au fait que les anxiolytiques et hypnotiques peuvent être source de confusion, de dépression respiratoire, de troubles de la mémoire, mais aussi d'effets paradoxaux avec désinhibition et augmentation de l'agressivité (64,65).

Il est préférable d'éviter un certain nombre de médicaments chez les personnes âgées de 75 ans et plus en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable. Ainsi il est préférable d'éviter certains antihistaminiques H1 (Hydroxyzine, Alimemazine, ...), certains hypnotiques aux propriétés anticholinergiques (Doxylamine, Aceprometazine, ...), ainsi que les benzodiazépines à demi-vie longue, (Bromazepam, Diazepam, ...) (66).

Les molécules à privilégier sont les hypnotiques ainsi que les benzodiazépines à demi-vie courte ou intermédiaire, et à des posologies inférieures ou égales à la moitié de celles de chez l'adulte jeune (66).

Les hypnotiques de type benzodiazépine ou apparentés ne doivent pas être prescrits sur une durée de plus de 4 semaines selon l'HAS (67).

Concernant les benzodiazépines, la durée de traitement la plus brève possible est recommandée, avec une durée de prescription maximum de 12 semaines (68).

Les anxiolytiques et hypnotiques ont donc une place transitoire dans la prise en charge de la dépression chez la personne âgée, même si leur utilisation n'est pas systématique.

7.3.2 Les neuroleptiques

La prescription des neuroleptiques dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée est réservée aux formes sévères et doit s'inscrire dans une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire.

7.3.3 Les thérapeutiques non médicamenteuses : Les psychothérapies

Les sujets âgés peuvent être mieux traités par la psychothérapie, qui peut même être efficace dans les dépressions sévères (69).

Une prise en charge psychothérapeutique doit être proposée au sujet âgé dépressif (70,71). Elle permet, associée au traitement médicamenteux, de meilleurs résultats en prévenant les récurrences.

Elle peut être réalisée en ambulatoire par différents thérapeutes tels que les psychiatres, les médecins généralistes ou les psychologues (72). Le choix du type de psychothérapie repose sur les compétences du thérapeute, la préférence du patient et l'objectif à atteindre.

On peut citer comme psychothérapie :

- **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**, basées sur les connaissances issues de la psychologie scientifique. Elles doivent obéir à des protocoles relativement standardisés. Le patient doit prendre conscience des liens entre ses pensées, ses comportements et ses émotions. L'objectif est de remplacer, de façon concrète, observable et durable, des réactions problématiques par des conduites souhaitées.

- **La psychothérapie systémique**, fondée sur la notion de système. Une cellule, une personne, une famille ou une entreprise constituent autant de systèmes. Elle prend donc en compte tous les systèmes qui entrent en interaction avec le patient dans le champ de la problématique à soigner.

- **La psychothérapie analytique** (ou psychanalyse), faisant appel au concept de l'inconscient. Elle considère que les problèmes ont pour origines des conflits non-résolus de l'enfance, et que le travail de guérison passe aussi par la libération des émotions réprimées du passé. Elle vise à rendre au patient sa liberté et lui permettre de vivre mieux.

- **La psychothérapie de soutien** (ou thérapie humaniste / existentielle) : à l'inverse de celles citées plus haut, il s'agit d'une psychothérapie dont la technique est non codifiée. Elle mise sur la capacité de la personne à comprendre ses difficultés. L'objectif est ainsi de trouver ses propres solutions et d'apporter les changements adaptés.

7.4 L'électroconvulsivothérapie

Dans le cadre des dépressions les plus sévères ou résistants aux médicaments, l'électroconvulsivothérapie doit être envisagée en milieu hospitalier (73).

7.5 La prise en charge sociale et globale

La prise en charge sociale occupe une place importante et doit toujours être associée au traitement de la dépression de la personne âgée.

Elle doit se baser sur une collaboration étroite entre les différents intervenants (travailleurs sociaux, professionnels paramédicaux, médecin généraliste, voire l'entourage). Son but est de lutter contre l'isolement social qui va faire le lit de la dépression.

Elle va permettre d'améliorer les conditions de vie de la personne âgée et de maintenir le lien social (9,31,74,75).

Ainsi, par exemple, associer les membres de l'entourage à la prise en charge peut permettre d'améliorer l'adhésion du patient au traitement et renforcer l'alliance thérapeutique.

Il est recommandé de fournir à l'entourage une information sur les associations de patients et représentants des usagers (9).

La prise en charge du patient dépressif se doit d'être globale et de s'attacher à traiter les affections somatiques associées. La prise en charge de la dénutrition, la correction des déficits sensoriels (auditifs et visuels) et la rééducation physique sont souvent nécessaires pour assurer l'autonomie et la qualité de vie de la personne âgée (1,76–78).

8 Le recours au(x) spécialiste(s)

Le recours à un psychiatre doit être envisagé dans certaines situations qu'il est important de savoir identifier.

L'HAS a ainsi essayé de définir le rôle du psychiatre lors de la prise en charge de la dépression chez la personne âgée.

Son rôle serait d'assurer des consultations spécialisées pour le diagnostic et/ou la mise en œuvre des thérapeutiques dans les situations les plus difficiles (absence de rémission complète après 8 à 10 semaines de traitement, rechute ou récurrence, évaluation et gestion de la crise suicidaire (32)). On peut aussi avoir recours à son avis dans le cadre d'une hospitalisation en service de médecine aiguë où souvent l'appréciation de la symptomatologie dépressive est plus difficile à réaliser en raison de la pathologie responsable de l'hospitalisation du patient.

9 Objectif de l'étude

9.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de décrire le diagnostic et la prise en charge générale effectuée pour la dépression du sujet âgé en fonction de la forme clinique de cette dernière.

9.2 Objectif secondaire

- Déterminer les limitations au diagnostic de la dépression,
- Connaitre l'utilisation des outils pour l'aide au diagnostic de la dépression,
- Déterminer les éventuels obstacles rencontrés à l'orientation vers un spécialiste,
- Déterminer les éventuels obstacles rencontrés à la prescription d'un antidépresseur,
- Évaluer l'impact de la prescription d'antidépresseurs sur le reste de la prise en charge thérapeutique,
- Évaluer l'impact de la formation en psychiatrie de personne âgée sur la prise en charge,
- Déterminer d'éventuelles pistes d'améliorations pour la prise en charge de la dépression de la personne âgée.

10 Matériel et méthode

Type d'étude

Notre étude consiste en une enquête descriptive réalisée de manière transversale sur 6 semaines et menée auprès de gériatres. Elle s'inscrit dans le cadre d'un ensemble de trois travaux thèses de médecine qui explorent la même problématique dans différentes spécialités : médecine générale, gériatrie et psychiatrie.

10.1 Population étudiée

Un nombre de 100 sujets par spécialité était souhaité pour notre enquête. Le calcul du nombre de sujets nécessaire n'était pas possible pour cette enquête.

Critère d'inclusion :

La population cible était l'ensemble des médecins gériatres (médecin thésés et internes) sur l'ensemble du territoire français dont les DOM-TOM, membres de la Société Française de

Gériatrie et de Gériatrie (SFGG), de l'Association des Jeunes Gériatres (AJG) et de l'Association Nationale des Internes de Gériatrie.

Étaient inclus dans notre étude l'ensemble des médecins gériatres membres de ces 3 organismes ayant répondu au questionnaire pour la totalité des vignettes.

Critère d'exclusion :

Les médecins des spécialités autres que celles visées ont été exclus de l'enquête par le biais d'une question s'assurant de la spécialité des répondants.

De même, les participations multiples étaient exclues grâce à une question qui avait pour but de s'assurer de la participation unique des répondants en excluant les personnes ayant répondu plus d'une fois.

10.2 Mode de recueil des données

Les données ont été recueillies via l'élaboration d'un questionnaire.

Afin de préserver l'anonymat du recueil des données, le questionnaire créé sur Google Forms a été envoyé au médecin gériatre, par les sociétés savantes ayant accepté de diffuser le questionnaire (SFGG, AJG et ANAIG).

L'ensemble des personnes contactées ont été libres d'accepter ou non la participation à notre étude.

Après un premier envoi du questionnaire le 15.11.2020, une relance a été faite à J 20. Le recueil de données a été clôturé le 31/12/2020, à J 45.

10.3 Questionnaire utilisé

Le questionnaire était constitué de quatre vignettes cliniques inspirées de situations cliniques réelles (annexe 11). Deux vignettes correspondaient à des formes « typiques » (vignette 1 et 4) et deux autres à des formes « atypiques » (vignette 2 et 3).

Les quatre vignettes cliniques étaient construites de manière identique.

Ainsi chaque vignette comportait :

- **un aspect clinique** (sexe, âge du patient, antécédents psychiatriques et neurologiques, date d'apparition des symptômes, description clinique des plaintes et des comportements pathologiques),

- **un aspect social** (informations sur l'entourage, l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, les relations sociales du patient)

- **un aspect thérapeutique** (spécialiste(s) consulté(s), traitements essayés et résultats des examens complémentaires réalisés).

Chaque vignette était construite autour d'une situation clinique réelle :

- **La vignette 1**, s'inscrit dans le cadre d'une dépression post-deuil.

Dans cette vignette l'on s'intéressait à une patiente âgée de 85 ans qui avait perdu son mari il y a 1 an et demi. Depuis le décès de son époux cette dernière pleurait souvent, montrait une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, une perte d'appétit et de poids. Elle présentait des insomnies malgré l'instauration d'un traitement hypnotique depuis 1 an. Il était fait mention que la patiente exprimait le désir de rejoindre son mari malgré un entourage présent. C'était une patiente indemne d'antécédents psychiatriques et sans pathologie neurodégénérative connue.

- **La vignette 2** s'inscrit dans le cadre d'une dépression avec plainte somatique au 1^{er} plan.

Dans cette vignette l'on s'intéressait à une patiente âgée de 84 ans qui consultait pour des douleurs lombaires résistantes. Elle avait vu plusieurs spécialistes (rhumatologues et neurochirurgiens) sans résultat. A cause de ses douleurs elle était en perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, et était également limitée pour ses loisirs. Les examens complémentaires réalisés n'avaient mis en évidence qu'une arthrose du rachis lombaire peu évoluée.

C'était une patiente indemne d'antécédents psychiatriques et sans pathologie neurodégénérative connue.

- **La vignette 3** s'inscrit dans le cadre d'une dépression avec plainte mnésique au 1^{er} plan.

Dans cette vignette l'on s'intéressait à une patiente âgée de 86 ans, veuve, qui consultait à la demande de sa fille pour trouble de la mémoire. Elle présentait des troubles attentionnels limitant ses activités quotidiennes, associés à une souffrance psychique, avec une perte d'appétit et une plainte d'insomnie. L'ensemble des investigations réalisées (biologie, imagerie, MMSE) ne retrouvaient pas d'anomalie.

C'était une patiente indemne d'antécédents psychiatriques et sans pathologie neurodégénérative connue.

- **La vignette 4** s'inscrit dans le cadre d'une dépression mélancolique.

Dans cette vignette l'on s'intéressait à un patient âgé de 71 ans, ancien chef d'entreprise, retraité depuis 2 ans, amené par son épouse en consultation. Ce dernier présentait depuis 8 mois une modification de son comportement avec un repli sur soi et une perte d'intérêt pour ses activités

habituelles. Il présentait un discours délirant avec une négation d'organes, et un sentiment de culpabilité et d'incurabilité.

C'était un patient indemne d'antécédents psychiatriques et sans pathologie neurodégénérative connue.

Le questionnaire a été conçu sous l'expertise d'un médecin gériatre et d'un médecin gérontopsychiatre. Avant la diffusion du questionnaire, ce dernier a été testé par 5 médecins de chaque spécialité participant à l'étude (gériatre, psychiatre, médecin généraliste) afin de l'adapter et d'avoir un document homogène pour les 3 spécialités.

Pour chaque vignette l'on a procédé de manière identique pour recueillir nos données. Il était ainsi demandé aux participants pour chacune des vignettes s'ils évoquaient une dépression ou une autre pathologie. S'ils évoquaient une dépression, comment ils s'y prenaient pour confirmer le diagnostic, s'ils orientaient ou non le patient vers un spécialiste, s'ils prescrivaient ou non un antidépresseur. On s'attachait également à recueillir les raisons pour lesquelles ils orientaient ou non le patient vers un spécialiste, de même pour l'initiation d'un traitement antidépresseur.

10.4 Analyse des données

L'analyse a été faite pour l'ensemble des données recueillies.

Les variables recueillies concernant les participants à l'enquête ont été : leur spécialité, leur âge, leur sexe, leur ancienneté d'exercice (par tranche de 5 années), leur lieu d'exercice (cabinet, ambulatoire, hôpital, établissement pour personne âgée), leur département d'exercice et leur formation antérieure en psychiatrie de la personne âgée (oui/non).

10.4.1 Méthode statistique utilisée

Les analyses ont été réalisées sur le logiciel SPSS version 20 et SPAD pour l'ACM. Toutes les variables ont fait l'objet d'une analyse descriptive classique.

Les caractéristiques qualitatives ont été décrites par les fréquences et les pourcentages. Les caractéristiques quantitatives par la moyenne, l'intervalle de confiance à 95%, la valeur minimale, maximale ainsi que la médiane.

Pour la comparaison des variables en analyse univariée, en fonction du profil des médecins, le test du Chi-2 avec correction de Yates ($n > 5$) et de Fisher exact ($n < 5$) ont été utilisés pour les variables qualitatives, et le test de Student ou ANOVA pour les variables quantitatives. Ces analyses utilisaient un seuil de significativité (p) de 0,05 et un intervalle de confiance de 95%.

Pour l'analyse des arguments en fonction de la formation et de l'ancienneté nous avons pris le parti de comparer les réponses extrêmes à l'ensemble des réponses aux autres arguments.

10.5 Droit d'accès aux données et anonymats

Les données issues des questionnaires ont été extraites dans une base de données Excel. Un recodage de données ainsi qu'un contrôle qualité des données ont été réalisés.

La base de données est anonyme et est stockée dans le serveur du Service d'Évaluation Médicale. Il n'y a pas de document source.

10.6 Considérations éthiques

La participation des médecins et internes a été faite sur la base du volontariat et n'est soumise à aucune compensation financière.

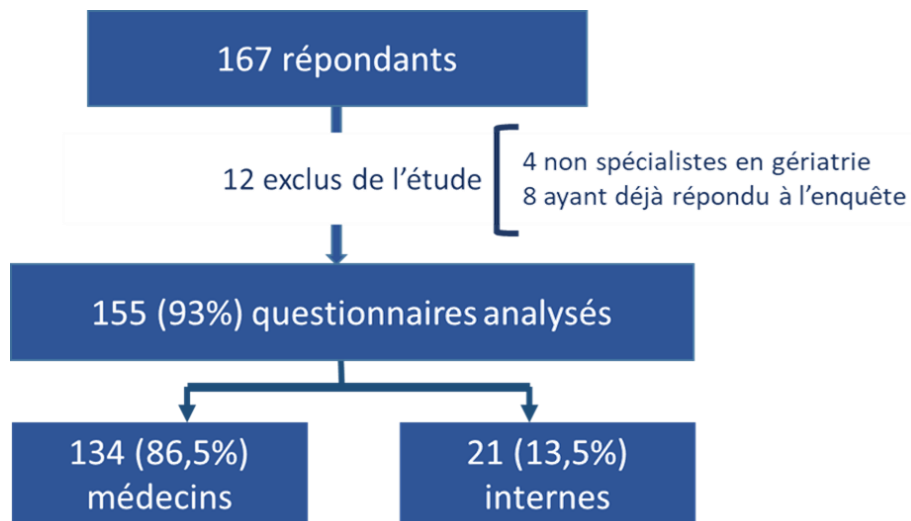
Il avait été précisé aux médecins que le fait de cliquer sur le lien « envoyer » faisait office de consentement. Une notice d'information était présente en début de questionnaire (Annexe 12).

11 Résultats

11.1 Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Un total de 167 réponses ont été collectées pendant la période allant du 15 novembre au 31 décembre 2020.

Parmi ces 167 réponses, 4 réponses correspondaient à des médecins non gériatres et ont donc été exclues. On comptait également 8 doublons, ce qui fait qu'un total de 155 réponses ont été incluses. Dans ce total, les gériatres représentaient 86,3% ($n=134$) des réponses et les internes en gériatrie 13,5% ($n=21$).



Les répondants étaient majoritairement des femmes (n=107 ; 69%), avec un âge moyen de 40,3 ± 12,3 ans (Min 25, Max 70, Médiane 35 ans) (Tableau 1).

Tableau 2_ Caractéristique sociodémographique des répondants

	Total	p
Femme % (n)	69 (107)	0.05
-% Gériatre (n)	68 (92)	
-% Interne (n)	71 (15)	
Age en années :		
Moyenne ± ET	40,3 ± 12,3	
Minimum - Maximum	25 - 70	
Médiane	35	
Lieu d'activité % (n) :		
Cabinet uniquement	1,2 (2)	0.05
Hospitalier uniquement	86,5 (134)	
Ambulatoire uniquement	0,6 (1)	
EHPAD uniquement	4,5 (7)	
Mixte (plus de 2 lieux d'activité différents)	7 (11)	
Formation % (n)		
Ayant eu une formation en psychiatrie	59 (82)	
Ressentant un besoin en formation		
-Formé % (n)	72 (82)	0.079
-Non Formé % (n)	85 (62)	

Les répondants avaient majoritairement un lieu d'activité unique (n=144 ; 93%).

L'activité hospitalière seule représentait 86,5% (n=134) des répondants, suivie des EHPAD (n=7 ; 4,5%). Parmi ceux ayant une activité mixte (n=11 ; 7%), plus des trois quarts avaient une activité en partie hospitalière (Annexe 2).

Dans notre étude, une majorité des répondants (52,9% ; n=82) avait bénéficié au cours de leur cursus d'une formation en psychiatrie de la personne âgée. On note également que malgré cette formation, 72% (n=59) d'entre eux ressentaient toujours le besoin d'être formés.

Pour les médecins non formés, 85% (n=62) d'entre eux en ressentait le besoin.

Parmi les gériatres, 27,4% (n=37) avaient une ancienneté inférieure à 5 ans, 26,9% une ancienneté comprise entre 5 et 10 ans (n=36) et de plus de 20 ans (n=36) et enfin 18,8% une ancienneté comprise entre 10 et 20 ans (n=25).

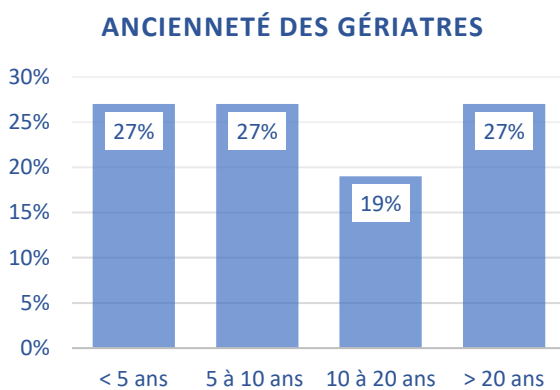


Figure 1: Ancienneté des gériatres

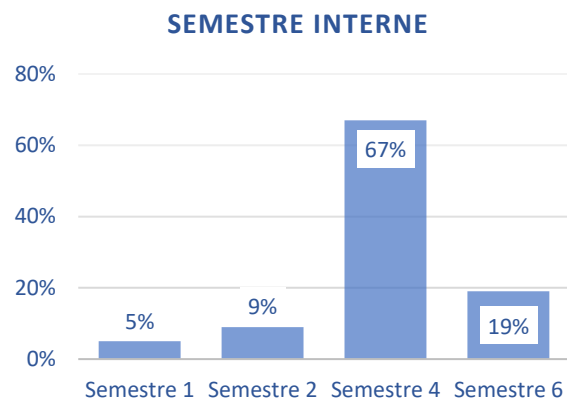


Figure 2_ Ancienneté des internes

Parmi les internes, 14,3% (n=3) étaient en phase socle et 85,7% (n=18) en phase d'approfondissement.

11.1.1 Répartition géographique :

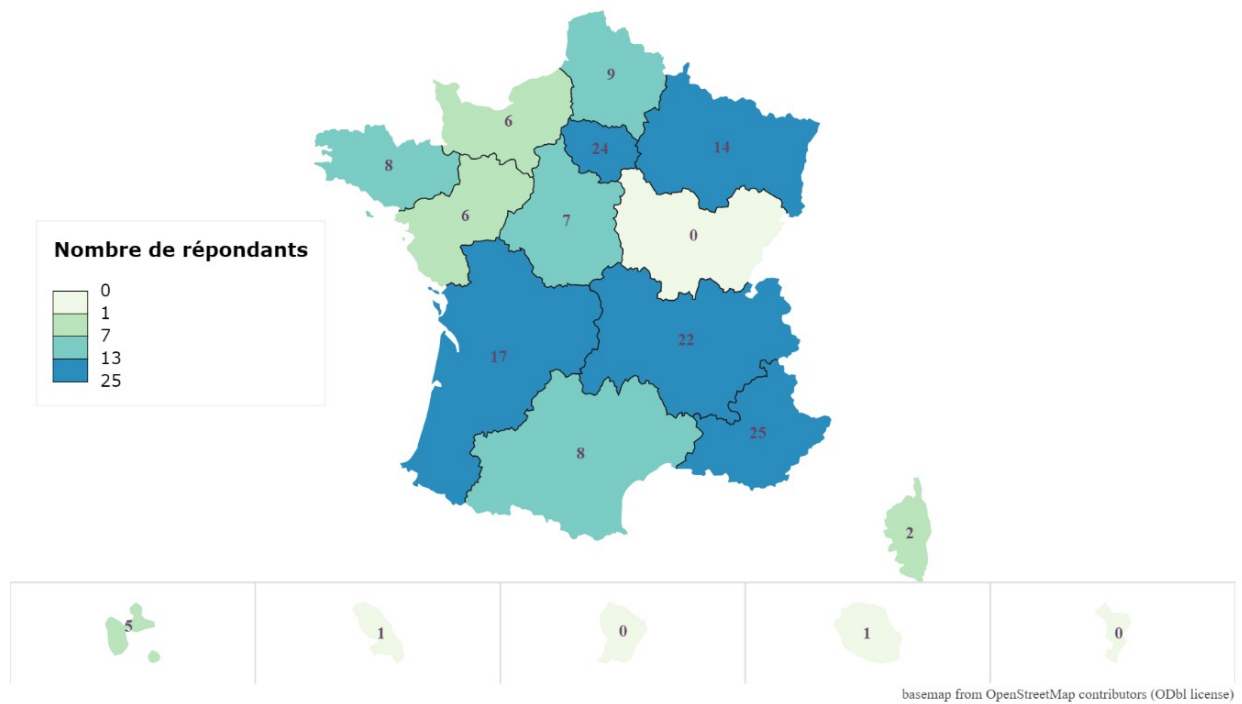


Figure 3_Répartition en métropole par région.

La figure 1 illustre la répartition géographique des participants en métropole et outre-mer. Il y avait également 7 participants dans les DOM-TOM principalement en Guadeloupe (n=5). Ainsi, 43 départements ont participé à cette étude, dont 27 avec au moins 2 répondants.

11.2 Diagnostic de la dépression

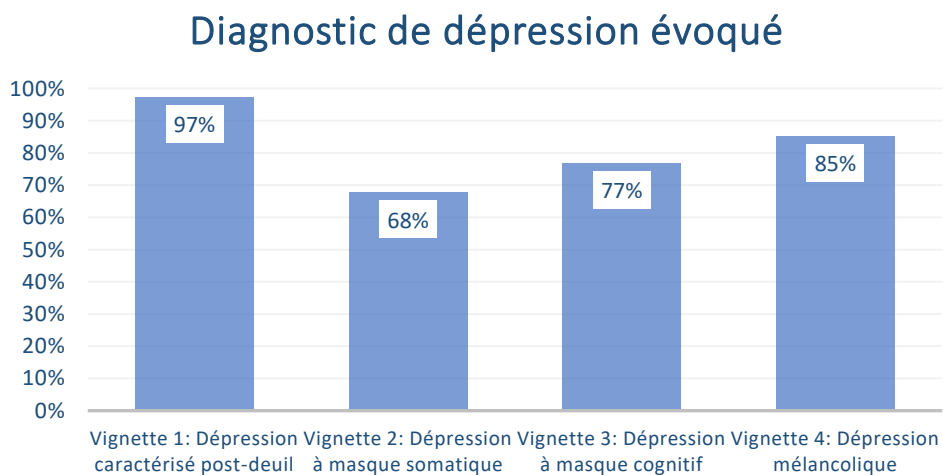


Figure 4: Diagnostic de dépression évoqué en % par vignette. ($p < 0,05$)

La fréquence du diagnostic de dépression variait dans les 4 vignettes ($p < 0,05$). Les deux vignettes pour lesquelles le diagnostic de dépression a été plus fréquemment évoqué sont les vignettes 1 (DCPD) et 4 (DM), respectivement 97,4% et 85,2%, qui correspondent aux 2 formes « typiques ». Inversement pour les 2 formes « atypiques » (DMS et DATC), le diagnostic de dépression était moins fréquemment évoqué (respectivement 67,7% et 76,8%).

11.2.1 Autre diagnostic évoqué

Ce sont majoritairement des gériatres ayant une ancienneté inférieure à 10 ans qui n'évoquent pas un diagnostic de dépression en première intention.

Tableau 3 *Ancienneté et absence de diagnostic*

Ancienneté	< 10 ans (n=94)	≥ 10 ans (n=61)	p value
Absence de diagnostic de dépression (%)			
Vignette 1: Dépression caractérisée post-deuil	3 (3,2%)	1 (1,6%)	0.551
Vignette 2: Dépression à masque somatique	37 (39,4%)	13 (21,3%)	0.018
Vignette 3: Dépression avec troubles cognitifs	26 (27,7%)	10 (16,4%)	0.104
Vignette 4: Dépression mélancolique	19 (20,2%)	4 (6,6%)	0.019

Lorsqu'un autre diagnostic est évoqué, celui-ci est influencé par le masque que prend la dépression notamment dans les 2 formes atypiques.

Parmi les gériatres n'évoquant pas une dépression pour la vignette 2 (DMS), 38 (76%) ont évoqué une pathologie somatique.

Pour la vignette 3 (DTC), 29 (80,6%) ont évoqué une pathologie neurologique.

Pour la vignette 4 (DM), 13 (56%) ont évoqué une pathologie neurologique et 9 (39%) une autre pathologie psychiatrique.

11.2.2 Modalité utilisée pour confirmer le diagnostic de la dépression

Moins d'un tiers des participants se basent uniquement sur la clinique (c'est-à-dire sur la présentation clinique et/ou les critères des DSM-V/CIM-10) pour diagnostiquer la dépression (pourcentage allant de 17% à 35% selon la vignette).

Modalité du diagnostic

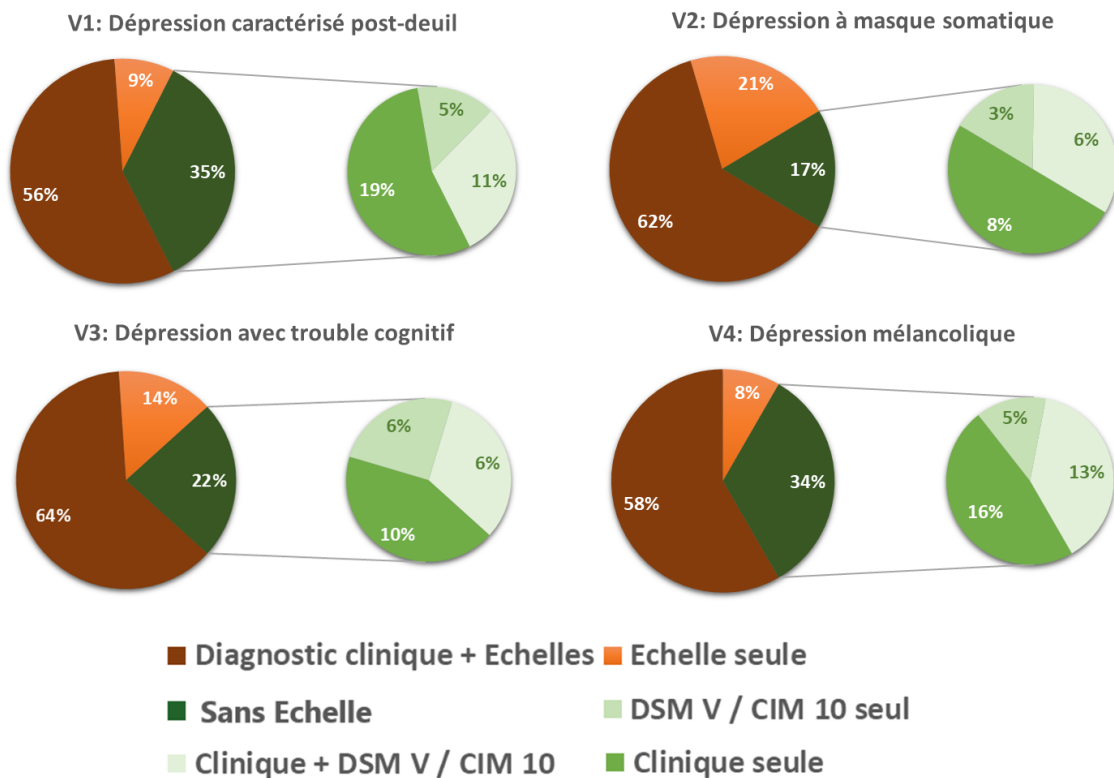


Figure 5 _ Modalité utilisé pour le diagnostic

L'utilisation d'échelle associée au diagnostic clinique était la démarche la plus utilisée pour confirmer le diagnostic de dépression (% allant de 56% à 64%).

L'utilisation d'échelles dans la démarche diagnostique représentait plus de 2/3 des répondants pour chaque vignette (% allant de 65% à 83% selon la vignette), avec notamment une utilisation plus importante ($p < 0,05$) pour le diagnostic des 2 formes atypiques (83% dans la DMS et 78% dans la DATC) en comparaison aux formes typiques (65% dans la DCPD et 66% dans la DM).

11.2.2.1 Echelles utilisées

Les échelles les plus utilisées ($p < 0,05$) étaient la GDS-15 et la Mini-GDS.

Détails des Echelles

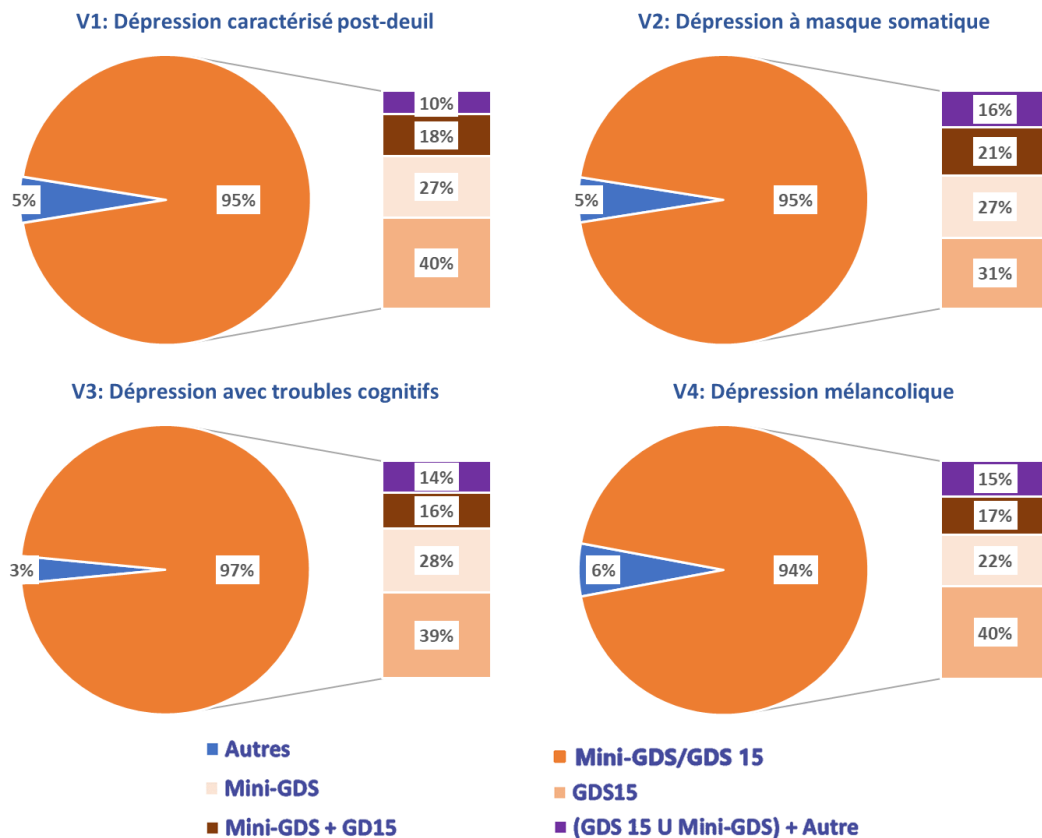


Figure 6: Détails des échelles

La GDS-15 utilisée seule (% allant de 31% à 40%) était l'outil de confirmation le plus utilisé suivi de la mini-GDS seule (% allant de 22% à 28%) suivi de l'association des deux. L'utilisation des 4 autres échelles (Hamilton/MADRS/Beck/HADS) était minoritaire ($p < 0,05$) que ce soit seule ou en association à d'autres échelles.

11.3 Orientation vers le spécialiste

11.3.1 Place de l'orientation

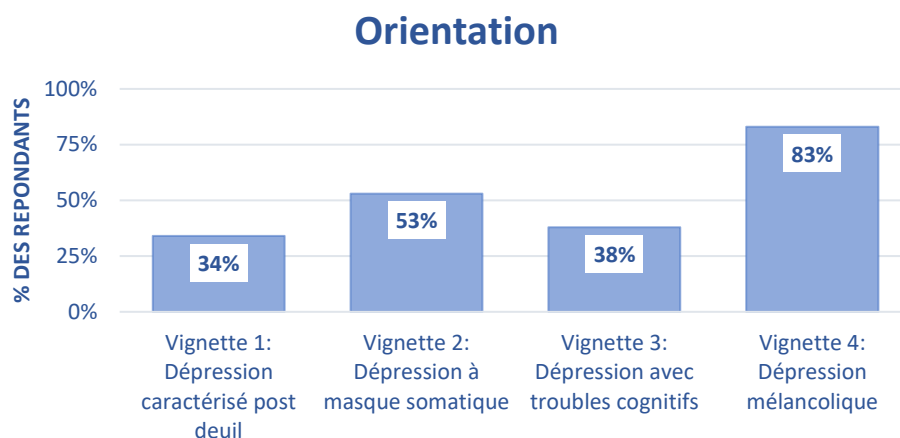


Figure 7 _Place de l'orientation.

L'orientation vers un spécialiste variait en fonction de la vignette.

Pour la vignette 4 (DM), l'orientation vers un spécialiste était la plus importante ($p < 0,05$) avec 83 % (n=110) des répondants.

Pour la vignette 2 (DMS), l'orientation représentait un peu plus de la moitié des répondants (53% ; n=57).

Pour la vignette 1 (DCPD) et la vignette 3 (DATC) l'orientation représentait un peu plus d'un tiers des répondants (respectivement 34% (n=52) et 38% (n=45)).

11.3.2 Spécialiste privilégié pour l'orientation

Le spécialiste privilégié pour l'orientation était le gériopsychiatre ($p < 0,05$) pour les quatre vignettes (% allant de 63,6% à 78,9%).

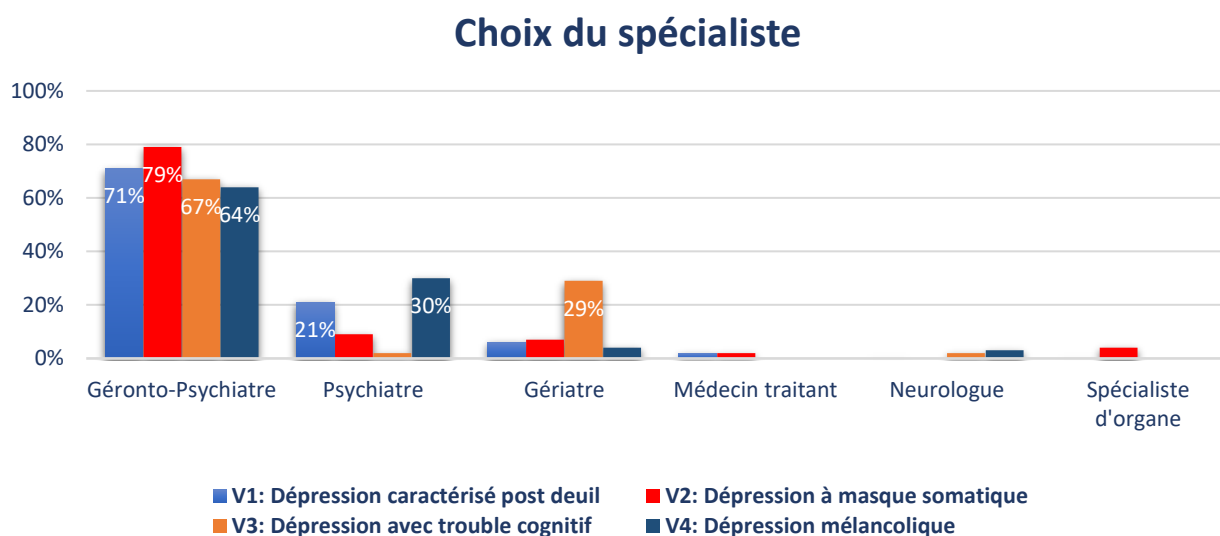


Figure 8 _Choix du spécialiste

Dans la DCPD, la DM et la DMS, le second spécialiste choisi pour l'orientation était le psychiatre général (% allant de 8,8% à 30%).

Lorsque le tableau cognitif était au premier plan comme dans la DATC le gériatre était alors le second spécialiste privilégié (29%).

Le médecin traitant, le neurologue et le spécialiste d'organe ne représentaient qu'une minorité pour chacune des vignettes.

11.3.3 Raison de l'orientation vers un spécialiste

Il s'agissait d'une question à laquelle les répondants avaient 8 propositions de réponse pour justifier l'orientation (Incertitude diagnostique, Complexité du tableau, Sévérité du tableau, Risque suicidaire, Besoin de complément d'information sur la conduite à tenir, Intérêt d'une prise en charge conjointe, Facilité d'identification du(des) spécialiste(s) à contacter, Facilité d'accès au(x) spécialiste(s) envisagé(s)). Les répondants avaient comme proposition de réponse un score allant de 0 à 5 (0 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord).

La raison apparaissant comme la plus importante pour l'orientation vers un spécialiste était l'intérêt d'une prise en charge conjointe dans les quatre vignettes (M: V1:3,9 (DS± 1,24) V2 : 4,21 (DS±1,18) V3 :3,7 (DS±1,24) V4 :3,9 (DS±1,29)).

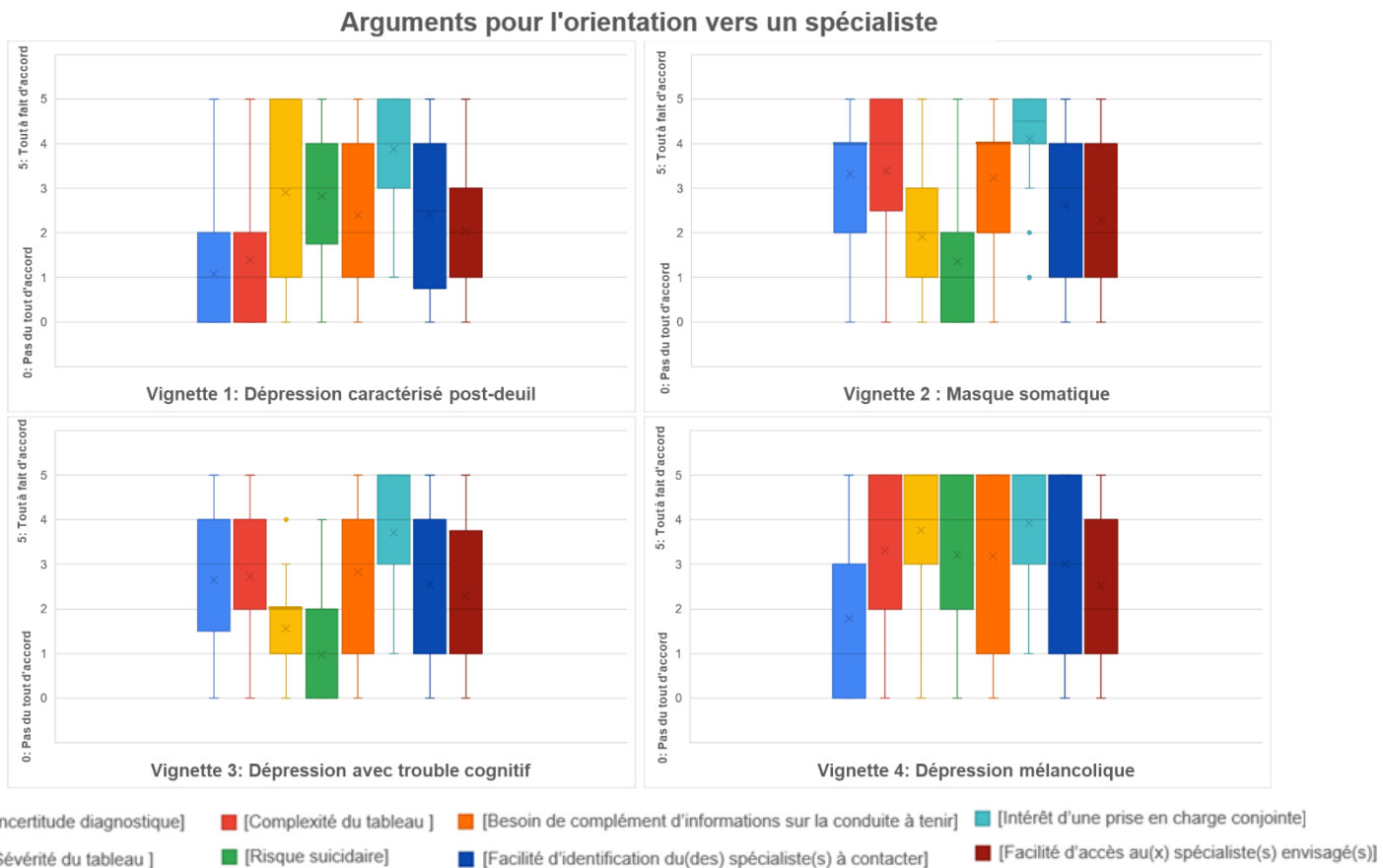


Figure 9: Arguments pour l'orientation.

Pour la vignette 1 (DCPD) les autres arguments ressortant pour l'orientation vers un spécialiste étaient la sévérité du tableau (M: 2,9 (DS±1,72)) et le risque suicidaire (M: 2,82 (DS±1,58)).

Pour la vignette 2 (DMS), la complexité du tableau (M: 3,38 (DS±1,50)), l'incertitude diagnostique (M: 3,31 (DS±1,58)) et un besoin d'informations complémentaires (M: 3,28 (DS±1,4)) étaient les autres arguments évoqués pour justifier l'orientation.

Pour la vignette 3 (DATC), les autres arguments justifiant une orientation vers un spécialiste étaient également un besoin d'informations complémentaires (M: 2,81 (DS±1,74)), la complexité du tableau (moyenne :2,73 (DS±1,63)) et l'incertitude diagnostique (moyenne: 2,64 (DS±1,63)).

Pour la vignette 4 (DM), le second argument justifiant l'orientation vers un spécialiste qui se détachait était le risque suicidaire (M: 3,76 (DS±1,69)) suivi de la sévérité du tableau (M: 3,3 (DS±1,52)).

Au contraire des formes « typiques » (vignettes 1 (DCPD) et 4 (DM)), on constate que pour les formes « atypiques » (vignettes 2 (DMS) et 3 (DATC)) que le risque suicidaire et la sévérité du tableau sont deux arguments sur lesquels nos participants étaient principalement contre pour justifier l'orientation vers un spécialiste (M; risque suicidaire : DMS :1,35 (DS±1,21) et DATC:0,97 (DS±1,03); sévérité du tableau: DMS :1,55 (DS±1,17) et DATC:1,91 (DS±1,37)).

11.3.4 Argument pour la non-orientation vers un spécialiste

Il s'agissait d'une question à laquelle les répondants avaient 8 propositions de réponse pour justifier la non-orientation (Certitude diagnostique, Tableau peu complexe, Tableau peu sévère, Faible risque suicidaire, A l'aise dans la prise en charge, Difficulté d'identification du(des) spécialiste(s) à contacter, Difficulté d'accès au(x) spécialiste(s) envisagé(s), Défaut de retour d'information du(des) spécialiste(s) envisagé(s)). Les répondants avaient comme proposition de réponse un score allant de 0 à 5 (0 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord).

L'argument revenant le plus dans les quatre vignettes pour justifier la non-orientation vers un spécialiste était le fait de se sentir à l'aise dans la prise en charge (M: V1:3,7 (DS± 1,22) V2 : 3,2 (DS±1,37) V3 :3,6 (DS±1,28) V4 :3,9 (DS±1,06)).

Arguments pour la non orientation

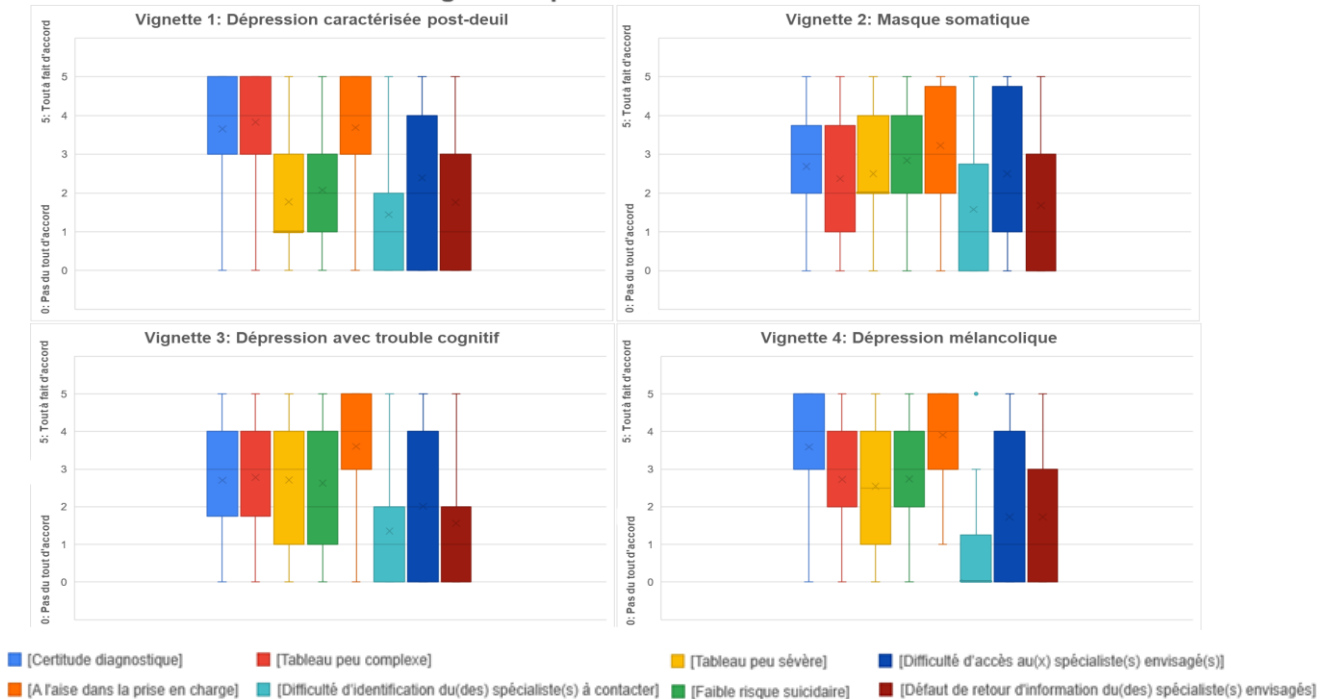


Figure 10: Arguments pour la non-orientation

Pour la vignette 1 (DCPD) les autres arguments ressortant pour la non-orientation vers un spécialiste étaient la certitude diagnostique (M: 3,6 (DS±1,35)) et le fait que le tableau soit peu complexe (M: 3,8 (DS±1,51)).

Pour la vignette 2 (DMS), c'était le faible risque suicidaire (M: 2,8 (DS±1,68)) et la certitude diagnostique (M : 2,7 (DS±1,32)) qui revenaient le plus souvent comme autres arguments.

Pour la vignette 3 (DATC), il n'y avait pas d'autres arguments qui se détachaient.

Pour la vignette 4 (DM), le second argument justifiant la non-orientation qui se détachait était la certitude diagnostique (M: 3,59 (DS±1,29)).

La difficulté d'accès, d'identification et le défaut de retour d'information du spécialiste sont les 3 arguments pour lesquels les répondants étaient le plus en désaccord pour justifier une absence d'orientation dans les vignettes 1 (DCPD), 3 (DATC) et 4 (DM). Pour la vignette 2 (MS) les mêmes arguments se détachaient à l'exception de l'accès au spécialiste.

11.4 Prescription d'un traitement antidépresseur

11.4.1 Place de la prescription d'un traitement antidépresseur

L'initiation d'un traitement antidépresseur variait en fonction de la vignette.

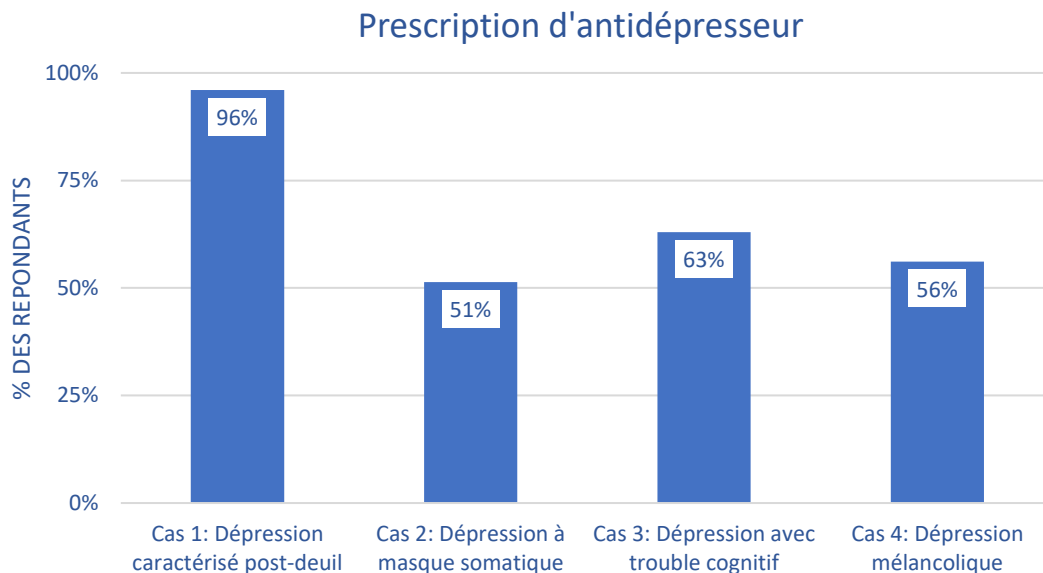


Figure 11_ Prescription d'un traitement anti-dépresseur

L'initiation d'antidépresseur était plus importante ($p < 0,05$) dans la DCPD ($n=145$, 96%).

Pour les autres vignettes, la décision d'initiation d'un traitement antidépresseur représentait un peu plus d'un répondant sur deux pour la DMS (51,4% ; $n=54$) et la DM (56,1% ; $n=74$).

Pour la DATC l'initiation représentait près de deux tiers des répondants (63% ; $n=75$).

11.4.2 Arguments pour la prescription d'un traitement antidépresseur

Il s'agissait d'une question à laquelle les répondants avaient 6 propositions de réponse pour justifier la prescription d'un antidépresseur (Efficacité dans ce contexte, Prévention du risque suicidaire, Prévention du risque de dépendance, Prévention du risque de maladie neuro-dégénérative, Faible risque iatrogénique, Prescription initiale relevant de vos compétences).

Les répondants avaient comme proposition de réponse un score allant de 0 à 5 (0 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord).

L'argument ressortant le plus pour les quatre vignettes ($p < 0,05$) était le fait que cette prescription relevait de la compétence des répondants (M: V1:3,8 (DS± 1,33) V2:3,5 (DS±1,29) V3:3,6 (DS±1,40) V4:3,6 (DS±1,31)).

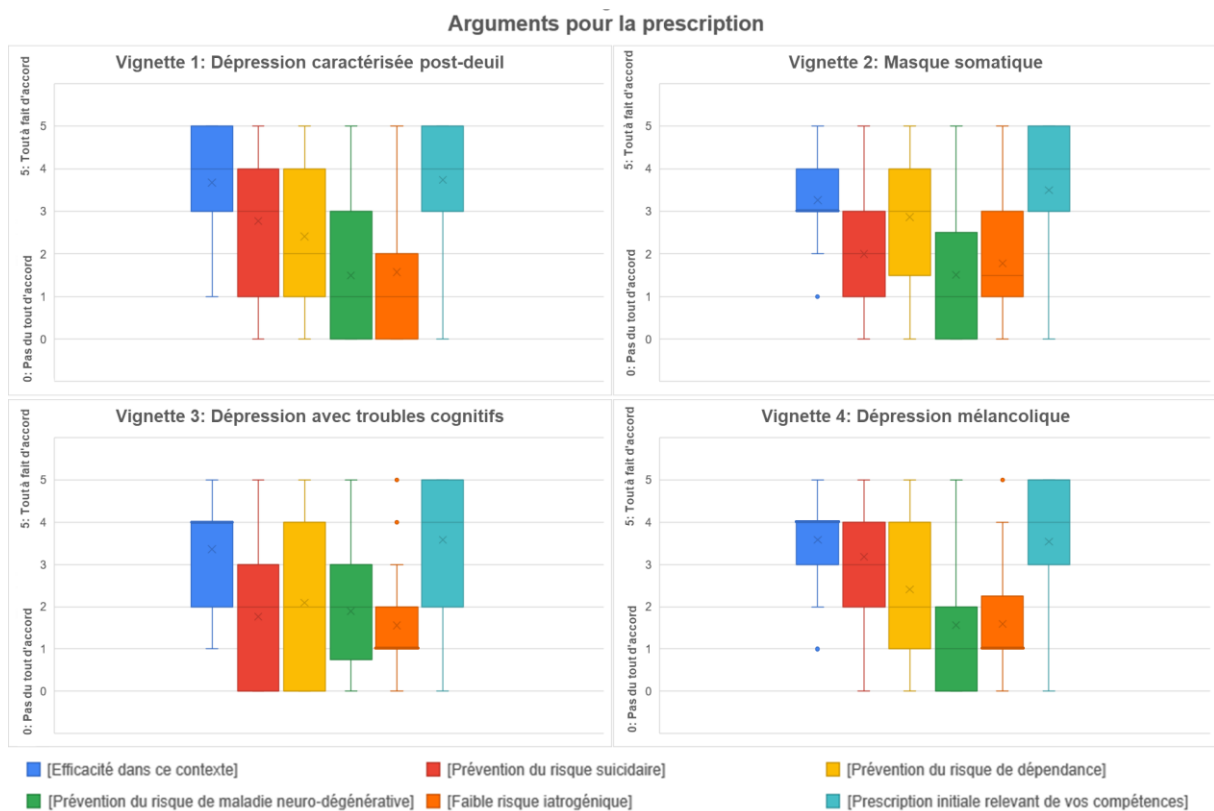


Figure 12: Arguments pour la prescription d'anti-dépresseurs

L'autre argument se détachant pour justifier la prescription était l'efficacité du traitement (M: V1:3,7 (DS± 1,26) V2:3,4 (DS±1,12) V3:3,4 (DS±1,19) V4 :3,6 (DS±1,05)).

Pour l'argument « Faible risque iatrogénique » les répondants étaient majoritairement contre dans les quatre vignettes (M: V1:1,6(DS±1,39) V2:1,7(DS±1,43) V3:1,6(DS±1,22) V4:1,5 (DS±1,23)). Il en était de même pour l'argument « Prévention du risque de maladie neuro-dégénérative » (M: V1:1,4(DS± 1,56) V2:1,5(DS±1,43) V3:1,8(DS±1,50) V4:1,5(DS±1,42)).

Pour les deux formes de dépression « atypique » (DMS et DATC) les répondants sont majoritairement en désaccord avec le fait de prévenir le risque suicidaire (M : V2 :2,1(DS±1,46) V3:1,7 (DS±1,62)) contrairement aux deux « formes typiques » (DCPD et DM) (M: V1:3,2(DS±1,55) V4:3,2(DS±1,46)).

11.4.3 Arguments pour la non-prescription d'un traitement anti-dépresseur

Il s'agissait d'une question à laquelle les répondants avaient 5 propositions de réponse (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). Les répondants avaient comme proposition de réponse un score allant de 0 à 5 (0 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord).

L'arguments revenant le plus ($p < 0,05$) pour justifier la non initiation d'un traitement anti-dépresseur était le doute diagnostique (M: V2:3,7(DS±1,55) V3:4,1(DS±1,39) V4:3,2 (DS±1,77)).

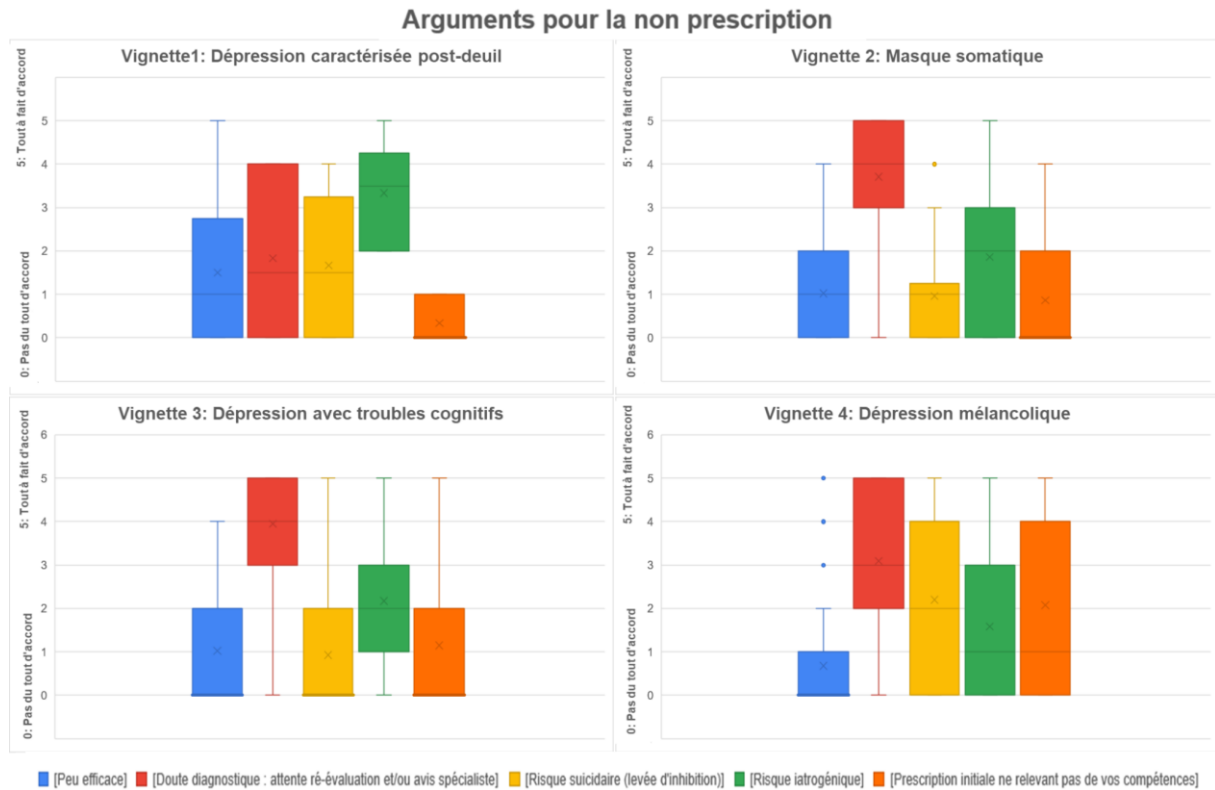


Figure 13: Arguments pour la non-initiation d'un traitement anti-dépresseur.

Les arguments pour lesquels nos répondants étaient en désaccord était le fait qu'un antidépresseur soit peu efficace (M : V2:1(DS±1,16) V3:0,7(DS±2,38) V4:0,6(DS±2,4)) ou que cette prescription ne relevait pas de leurs compétences (M : V2:0,8(DS±1,29) V3:1,1(DS±1,68) V4:2,1(DS±2,38)).

En ce qui concerne la vignette 1 (DCPD) l'effectif n'était pas assez important (n=6) pour en déterminer une tendance.

11.5 Prescription d'un antidépresseur en fonction de l'orientation

Dépression caractérisée post deuil	Pas d'orientation n=99	Orientation n=52	p value
Initiation antidépresseur (%)			
Non	3 (3%)	3 (5,8%)	p > 0,05
Oui	96 (97%)	49 (94,2%)	
Masque somatique	Pas d'orientation n=48	Orientation n=57	
Initiation antidépresseur (%)			
Non	18 (37,5%)	33 (57,9%)	p < 0,05
Oui	30 (62,5%)	24 (42,1%)	
Dépression avec trouble cognitif	Pas d'orientation n=74	Orientation n=45	
Initiation antidépresseur (%)			
Non	16 (21,6%)	28 (62,2%)	p < 0,01
Oui	58 (79,4%)	17 (38,8%)	
Dépression mélancolique	Pas d'orientation n=22	Orientation n=110	
Initiation antidépresseur (%)			
Non	3 (14,3%)	55 (50%)	p < 0,05
Oui	19 (85,7%)	55 (50%)	

Dans notre enquête l'orientation vers un spécialiste était associée à une moindre ($p < 0,05$) initiation d'antidépresseur.

11.6 Structure de l'orientation

Il s'agissait d'une question à laquelle il était proposé aux gériatres 4 structures d'orientation pour la suite de la prise en charge.

Ils avaient ainsi le choix entre un centre médico-psychologique (CMP), un hôpital de jour (HDJ), un cabinet libéral et une hospitalisation complète (HC). Pour chaque vignette, plusieurs choix étaient possibles.

La structure d'orientation variait en fonction de la clinique.

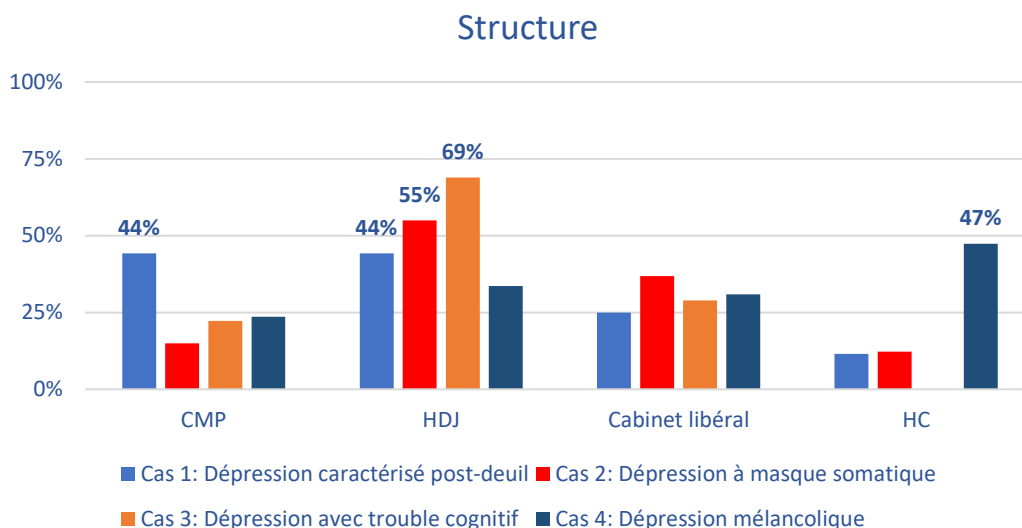


Figure 14_ Structure d'orientation

Pour la DMS et la DATC la structure d'orientation de première intention ($p < 0,05$) était l'Hôpital de jour avec respectivement 55% ($n=32$) et 68,9% ($n=31$) des répondants.

Pour la DCPD, le CMP et l'HDJ étaient les deux structures qui ressortaient de manière égale avec près d'un répondant sur deux (44% ; $n=23$).

Pour la DM, l'hospitalisation complète était la structure privilégiée ($p < 0,05$) avec également près d'un répondant sur deux (47,3% ; $n=52$).

Le cabinet libéral bien que revenant régulièrement n'était jamais la structure principale d'orientation.

11.7 Reste de la prise en charge : autre mesure thérapeutique

Nous avons ensuite essayé d'identifier les autres actions mise en œuvre par les gériatres dans le cadre du diagnostic de dépression. Pour ce faire, nous leur avons demandé de répondre à un QCM où ils avaient le choix entre d'autres thérapeutiques médicamenteuses (anxiolytique, hypnotique, neuroleptique), non-médicamenteuses (sismothérapie, psychothérapie, nutritionnelle, bilan mémoire) et sociale (aide à domicile, réseau personne âgée et club sénior).

11.7.1 Autres thérapeutiques : médicamenteuses

L'initiation d'autres classes médicamenteuses variait en fonction du tableau clinique.

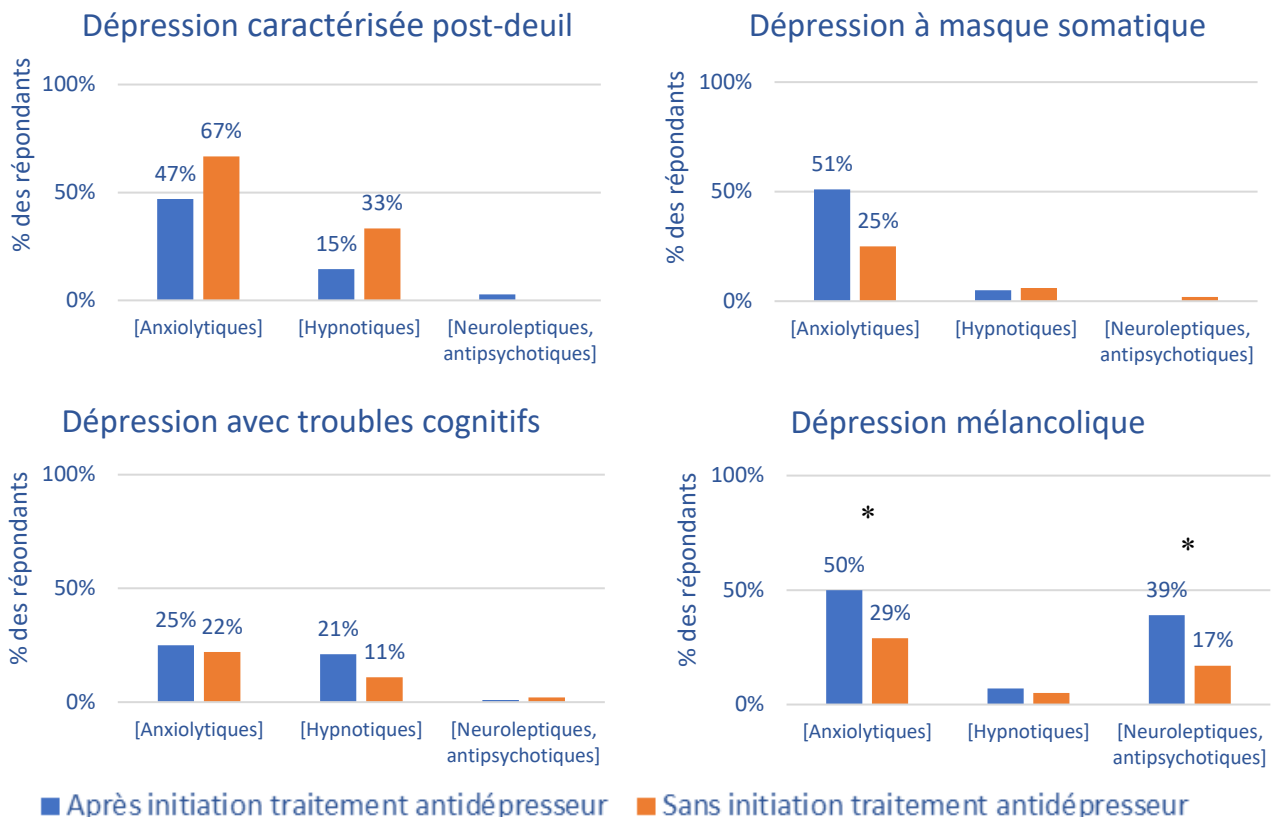
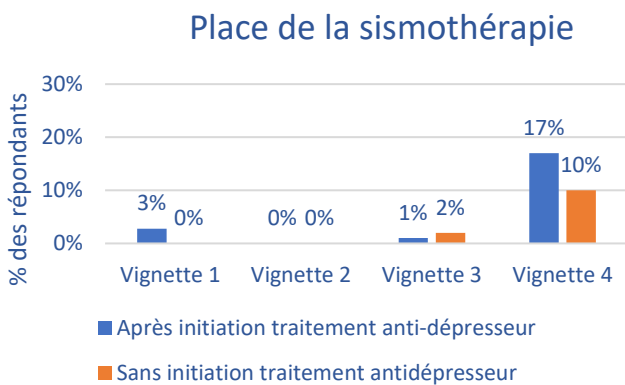


Figure 15_ Autres thérapeutiques médicamenteuses

L'instauration d'une anxiolyse médicamenteuse était dans notre étude le second moyen médicamenteux (% allant de 25% à 51%) quand un antidépresseur était initié. De même il était le premier moyen médicamenteux (% allant de 22% à 67%) en l'absence d'initiation de traitement antidépresseur.

11.7.2 Autres thérapeutiques : non-médicamenteuses



Figure_16: Place Sismothérapie

On observe que pour la vignette 4 (dépression mélancolique) il est pris en considération l'utilisation de neuroleptique ou de la sismothérapie de façon plus importante ($p < 0,05$) en comparaison aux autres vignettes.

Quelque soit la présentation clinique, l'instauration d'une prise en charge non-médicamenteuse représente plus d'un répondant sur deux.

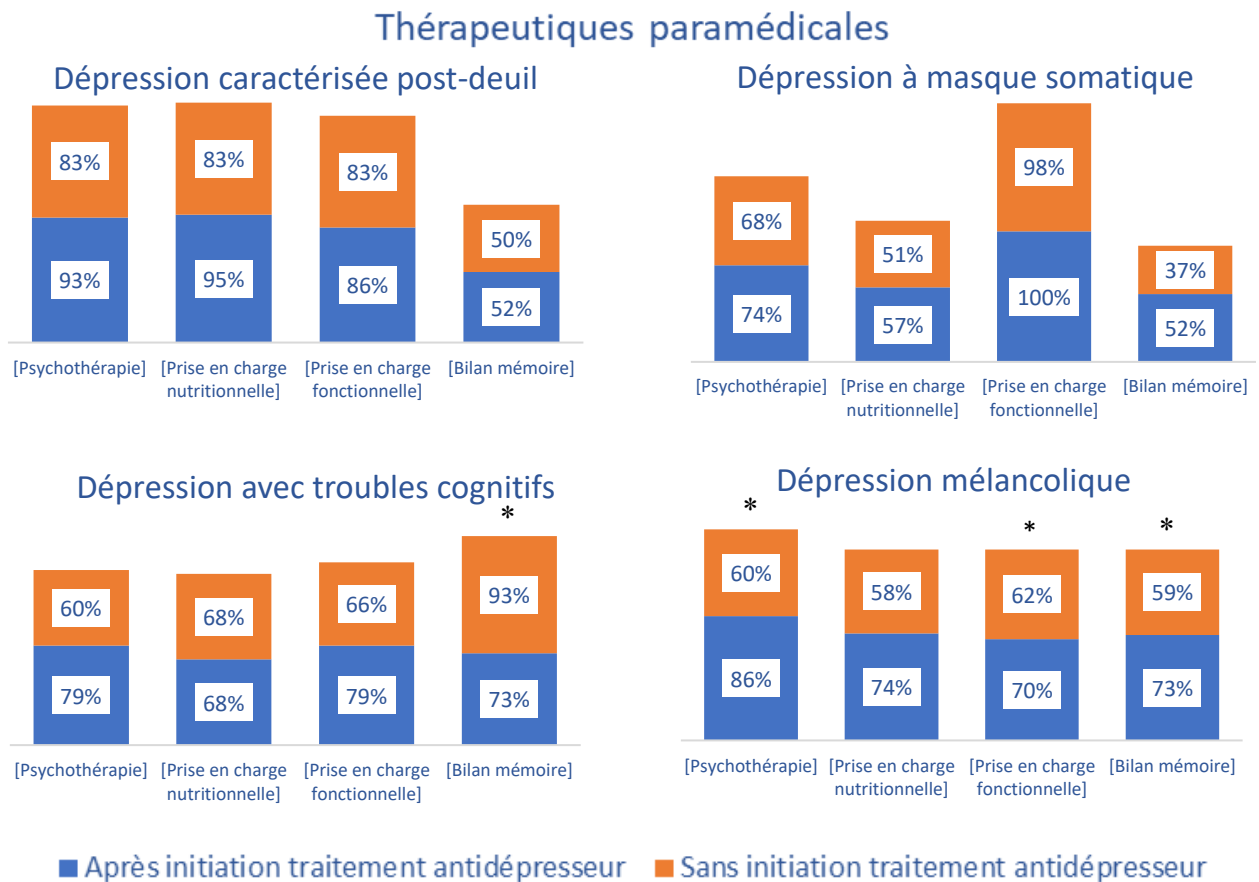


Figure 17_ Thérapeutiques paramédicales

L'importance d'une prise en charge nutritionnelle (% allant de 51% à 83%) et d'une prise en charge fonctionnelle (% allant de 62% à 100%) était prise en compte par près de deux répondants sur trois pour chacune des vignettes.

Pour la vignette 4 (DM), les gériatres initiant un traitement antidépresseur prescrivaient de façon plus importante ($p < 0,05$) une prise en charge non-médicamenteuse.

11.7.3 Autres thérapeutiques : sociales

L'importance d'une prise en charge sociale était admise quelque soit la présentation clinique avec plus de deux répondants sur trois en initiant une.

Prise en charge sociale

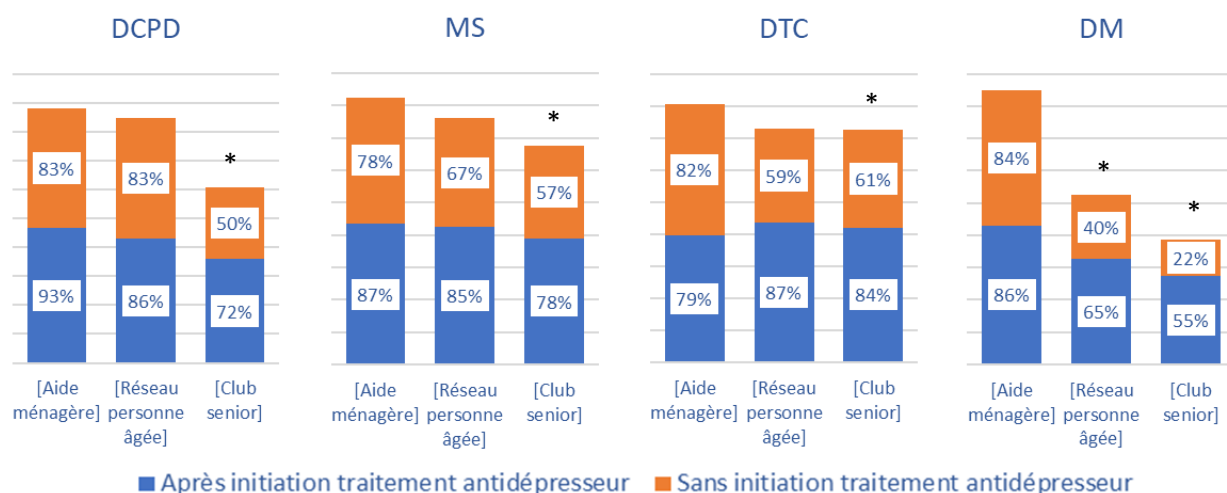


Figure 18_ Prise en charge sociale.

La mise en place d'une aide-ménagère représente près de trois répondants sur quatre (% allant de 78% à 93%).

L'initiation d'une prise en charge en club sénior est plus importante en cas de prescription d'antidépresseur.

11.8 Analyse des sujets ayant évoqué une dépression dans les 4 vignettes

Un total de 83 répondants a évoqué le diagnostic de dépression pour chacune des quatre vignettes.

Tableau 4_Caractéristiques des gériatres ayant évoqué une dépression dans les 4 vignettes.

Médecin ayant évoqué une dépression dans les 4 vignettes	53% (n=83)	p
Nombre ayant eu une formation :	56% (n=46)	
Nombre ressentant un besoin de formation :	76% (n=63)	
Ancienneté		
Internes	10 (47%)	
Moins de 5 ans	17 (46%)	
5 - 10 ans	15 (43%)	
10 – 20 ans	18 (67%)	0.01
Plus de 20 ans	23 (68%)	
Lieu d'exercice :		
Etablissement de santé hospitalier	76	
Autres	7	

Les répondants ayant une ancienneté supérieure à 10 ans étaient 67% à évoquer le diagnostic de dépression pour les quatre vignettes contre 45% des moins de 10 ans.

Il n'était pas retrouvé de différence significative en fonction de la formation en psychiatrie de la personne âgée.

11.9 Comparaison en fonction de la formation en psychiatrie de la personne âgée

11.9.1 Dépression caractérisée post-deuil

Lorsqu'ils orientaient vers un spécialiste, les médecins n'ayant pas reçu de formation en psychiatrie de la personne âgée déclaraient avoir davantage de difficulté ($p=0,019$) à accéder au(x) spécialiste(s). En effet ils étaient 38,5 % contre 7,7% pour les formés. Il n'était pas retrouvé d'autres différences significatives en fonction de la formation pour cette vignette.

11.9.2 Dépression avec masque somatique

Lorsqu'ils n'orientaient pas vers un spécialiste, les médecins non formés étaient plus nombreux à estimer que le risque suicidaire était faible ($p=0,02$) comparativement au médecin formé. En effet, ils étaient 36,8% à être d'accord avec le fait que le risque suicidaire soit faible contre 6,9% pour les formés.

Pour ce qui est de l'initiation d'un traitement antidépresseur, les formés initiaient davantage ($p=0,009$) un antidépresseur avec 64,2% d'entre eux contre 36,7% pour les non formés.

Il n'était pas retrouvé d'autres différences en fonction de la formation pour cette vignette.

11.9.3 Dépression avec troubles cognitifs

Quand ils n'orientaient pas vers un spécialiste les médecins formés étaient plus nombreux ($p=0,030$) à ne pas être d'accord avec le fait que l'identification du spécialiste soit difficile avec 55,3% d'entre eux contre 27,8% pour les non formés.

Quand ils ne prescrivait pas d'antidépresseurs, les médecins formés étaient plus nombreux ($p=0,047$) à ne pas être d'accord avec le fait que ces derniers soient peu efficaces. En effet 66,3% des formés n'était pas du tout d'accord avec cet argument contre 31,8% des non formés. Il n'était pas retrouvé d'autres différences en fonction de la formation pour cette vignette.

11.9.4 Dépression mélancolique

Les gériatres formés orientaient vers un gérontopsychiatre de façon plus importante ($p=0,049$) avec 72,9% d'entre eux contre 52,9% des non formés.

Les gériatres formés sont contre la prescription d'un hypnotique de façon plus importante ($p=0,022$) avec 100% d'entre eux contre 82,7% des non formés.

Il n'était pas retrouvé d'autres différences en fonction de la formation pour cette vignette.

11.10 Comparaison en fonction de l'ancienneté

Pour cette analyse nous avons comparé les répondants ayant une ancienneté supérieure ou égale à 10 ans à ceux ayant une ancienneté inférieure à 10 ans.

Tableau 5_Diagnostic de dépression en fonction de l'ancienneté.

Ancienneté	Moins de 10 ans n=73	Plus de 10 ans n=61	p value
V2: DMS Diag de dépression (%)			
Non	29 (39,7%)	13 (21,3%)	p = 0,036
Oui	44 (60,3%)	48 (78,7%)	
Ancienneté	Moins de 10 ans n=73	Plus de 10 ans n=61	p value
V3: DATC Diag de dépression (%)			
Non	24 (32,9%)	9 (14,8%)	p = 0,026
Oui	49 (67,1%)	52 (85,2%)	
Ancienneté	Moins de 10 ans n=73	Plus de 10 ans n=61	p value
V4: DM Diag de dépression (%)			
Non	14 (19,2%)	4 (6,6%)	p = 0,042
Oui	59 (80,8%)	57 (93,4%)	

Une ancienneté supérieure à 10 ans était associée à un diagnostic plus important ($p<0,05$) de dépression pour les vignettes 2, 3 et 4.

Pour ce qui est de la prescription d'un traitement antidépresseur, les gériatres ayant une ancienneté supérieure à 10 ans initiaient également davantage ($p<0,05$) un traitement antidépresseur pour la DMS, la DATC et la DM (annexe 14).

Il n'a pas été retrouvé de différence dans le reste de la prise en charge générale en fonction de l'ancienneté.

11.11 Comparaison entre les internes et les gériatres

Quelques différences ont été relevées entre les internes et les gériatres.

Dans la vignette 1 (DCPD) les internes étaient plus nombreux ($p=0,035$) à orienter vers un spécialiste avec 57,1% d'entre eux contre 30,8% des gériatres.

Dans la vignette 2, les internes étaient moins nombreux ($p=0,007$) à initier un traitement antidépresseur avec 15,4% d'entre eux contre 56,5% des gériatres.

Il n'y avait pas de différence significative entre les vignettes 3 et 4.

12 DISCUSSION

12.1 Principaux résultats

12.1.1 Le diagnostic de la dépression

Cette enquête descriptive transversale permettait de mettre en évidence l'impact de la forme que prenait la dépression sur son diagnostic. Les deux vignettes pour lesquelles le diagnostic de dépression a été le plus fréquemment évoqué ($p < 0,05$) sont en effet la DCPD et la DM (respectivement 97% et 85%) alors que pour la DMS et la DATC, le diagnostic de dépression était moindre (respectivement 67% et 77%). Une des différences entre ces 2 groupes de vignettes était la place accordée à la tristesse de l'humeur par les patients, ainsi cette dernière était au premier plan pour la DCPT et la DM et au second plan pour la DMS et la DATC. Ainsi, si en théorie le diagnostic de dépression doit se baser sur les critères du CIM-10 ou du DSM-V, ces critères ne sont pas suffisamment sensibles et spécifiques à la dépression de la personne âgée (24), car la tristesse de l'humeur peut apparaître comme étant moins marquée chez la personne âgée (24) ou masquée par des plaintes somatiques ou mnésiques au premier plan. Cela pourrait être dû au fait que la réflexion clinique du médecin peut être perturbée par sa propre conception du vieillissement. En effet la vieillesse renvoie bien souvent à un déclin physique et social, conduisant à la confusion et à un état de dépendance (79). De plus, certains signes cliniques de l'EDC de la personne âgée ne sont pas spécifiques mais communs à d'autres pathologies somatiques contemporaines du vieillissement et sont volontiers attribués à ces dernières (16,17).

Le réperage des situations atypiques doit donc être extrêmement important lors de l'interrogatoire pour éventuellement compléter ce dernier par la réalisation de tests plus spécifiques (échelles...).

12.1.2 Méthode utilisée pour le diagnostic

Dans notre enquête on observe qu'en moyenne seulement 1/3 des gériatres interrogés n'utilisent pas d'échelles, et ce même si le diagnostic de la dépression est avant tout clinique. Les échelles ne sont en effet qu'une aide au réperage de la dépression. Cette forte proportion d'utilisation d'échelles (un peu plus de 2/3 des répondants) peut être expliquée par le fait que près de 93% des répondants ont une activité hospitalière, et qu'ils sont donc régulièrement confrontés à des patients ayant une pathologie aiguë associée à une période de stress en raison de l'hospitalisation ce qui peut contribuer à rendre moins perceptibles des symptômes dépressifs

préexistants ou à faire le lit de la dépression. Pour ce faire, compte tenu des contraintes hospitalières, les gériatres ont recours à l'utilisation d'échelles lors de la réalisation d'évaluations gériatriques standardisées (80).

Près de 80% des répondants utilisant une échelle utilisait soit la GDS-15 soit la mini-GDS ou alors l'association des deux. Cela rejoint la littérature où la GDS-15 (avec la mini-GDS pour le dépistage) est l'échelle la plus consensuelle malgré son faible niveau de preuve. Si un peu plus d'un quart des répondants utilisant une échelle se basaient uniquement sur la mini-GDS il est important de rappeler que cette dernière n'est pas une échelle pour le diagnostic mais plus un outil de dépistage de la dépression (41). Ainsi en cas de mini-GDS faisant suspecter une dépression il convient de réaliser une GDS-15.

Malheureusement notre étude ne permet pas de connaître la séquence d'utilisation de la mini-GDS 15 et de la GDS-15 en cas d'association combinée. Les autres échelles proposées n'étaient que très peu utilisées (Echelle de BECK/ HADS / MADRS / Hamilton) car souvent peu connues (81).

L'échelle MADRS n'était utilisée que de façon marginale. Pourtant la littérature montre que cette échelle a de nombreux avantages. En effet la MADRS se concentre sur les principaux symptômes dépressifs et est donc moins influencée par des traits de personnalité mal adaptés (82), traits de personnalité pouvant être exacerbés avec l'âge. De même, la MADRS a pour avantage de montrer une certaine efficacité chez les sujets âgés ayant une déficience cognitive légère par l'association de trois facteurs (anhédonie-pessimisme, anxiété-végétative, et cognitive-inhibition) (83). Cependant la MADRS est plus longue à coter que les échelles et n'est donc souvent pas retenue pour une évaluation gériatrique standardisée (19).

12.1.3 Orientation vers un spécialiste

L'orientation était variable en fonction du tableau clinique initial. En cas de forme sévère comme dans la DM l'orientation était significativement plus importante et concernait plus de 80% des répondants en comparaison aux autres 3 autres vignettes (% allant de 34% à 53%). Pour les deux formes « atypiques », on constate aussi que les gériatres orientaient moins dans la forme de dépression associée à des troubles cognitifs avec seulement 1/3 des répondants. Cela peut s'expliquer par le fait que les gériatres en raison de leur champ de compétences rencontrent plus fréquemment ce tableau « atypique » (comme pourrait laisser suggérer le fait que son diagnostic soit meilleur que celui de l'autre forme atypique (77% contre 68%)) et qu'ils

se sentent donc plus confiants dans la prise en charge. En effet l'argument « à l'aise dans la prise en charge » revenait plus souvent dans la DATC avec une moyenne de 3,6 (DS±1,28) contre 3,2 (DS±1,37) pour la DMS. Dans la littérature, en présence de troubles cognitifs, le gériatre fait effectivement partie des spécialistes à envisager (84).

Pour ce qui est du spécialiste choisi pour l'orientation, le seul se détachant dans les quatre vignettes était le gérontopsychiatre (% allant de 63% à 79%). Les gériatres du fait de leur spécialité ont donc une meilleure connaissance de cette surspécialité relativement récente de la psychiatrie qui rencontre des difficultés à être reconnue (85).

Pour les arguments de l'orientation et de la non-orientation, l'importance d'une prise en charge conjointe fait l'unanimité pour nos répondants. Si le taux de suicide dans cette population est élevé (25), il est intéressant de noter que pour l'argument « risque suicidaire » les répondants avaient une attitude différente en fonction que la vignette soit « typique » ou « atypique ». En effet pour la DCPD et la DM (formes « typiques »), l'on constate que les répondants prenaient plus facilement en compte le risque suicidaire dans les raisons de l'orientation vers un spécialiste (M : 2.8 (DS±1,58) et 3.2 (DS±1,69) respectivement) en comparaison à la DMS et DATC (formes « atypiques ») (M : 1.3(DS±1,21) et 0.97(DS±1,03) respectivement). De même le fait que le risque suicidaire est jugé plus faible justifiait plus souvent la non-orientation vers un spécialiste pour les deux formes « atypiques ». Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans les deux vignettes « atypique » (DMS et DATC) l'expression d'idées suicidaires n'était pas rapportée par les patients. Cela peut donc laisser penser que celles-ci étaient moins recherchées par nos répondants. Cependant chez la personne âgée, les idées suicidaires sont plus rarement explicitement exprimées (34) et en fonction des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation, la crise suicidaire peut être difficile à identifier (31). Aussi l'absence d'expression d'idées suicidaires dans les 2 formes « atypiques » conduisait à considérer le tableau comme moins à risque. Il est donc important de rappeler de rester attentif au risque suicidaire même en l'absence d'expression d'idées suicidaires car l'absence d'expression d'idées suicidaires n'est pas synonyme d'absence de risque suicidaire (34).

12.1.4 Prescription d'antidépresseur

Dans notre enquête l'initiation d'un traitement antidépresseur variait en fonction de la vignette clinique, si elle représentait presque 100% des répondants dans la DCPD (forme la moins sévère et la moins complexe), à peine plus de 50% des répondants initiaient un antidépresseur dans les autres vignettes. L'existence d'atypies (dépression à masque somatique, dépression avec troubles cognitifs) où la présence d'éléments de sévérité (dépression mélancolique) vont être un frein à l'initiation d'un traitement antidépresseur. Pourtant, dans une revue systématique et une méta-analyse (22) qui ont inclus 12 études observationnelles et impliquant des sujets âgés souffrant de dépression (dont seulement 4 % à 37 % avaient reçu au moins un traitement), il a été constaté qu'après un suivi de 2 ans, 33% étaient mieux, 33% étaient déprimés et 21% étaient décédés. Cela signifie que sans traitement, le pronostic de la dépression chez les patients âgés est mauvais. De plus des études ont montré que les antidépresseurs sont plus efficace qu'un placebo pour traiter la dépression (31,49). Il faut donc rassurer les gériatres quant à leur capacité à prescrire un traitement antidépresseur.

En effet si les gériatres prescrivant un traitement antidépresseur estimaient majoritairement que cette prescription relevait de leurs compétences, pour ceux ne prescrivant pas d'antidépresseurs l'argument revenant le plus souvent pour le justifier (dans la DMS, la DATC et la DM) était la persistance d'un doute diagnostique et la nécessité d'une réévaluation par un spécialiste. Le fait d'orienter vers un spécialiste était associé à une moindre ($p < 0,05$) prescription d'antidépresseur pour ces trois vignettes. Or, d'après les recommandations de l'HAS, le rôle du psychiatre est d'assurer des consultations spécialisées pour le diagnostic et/ou la mise en œuvre des thérapeutiques dans les situations les plus difficiles et notamment l'absence de rémission complète après 8 à 10 semaines de traitement (32). Il semble donc important de permettre aux gériatres d'avoir moins de doutes dans le diagnostic de la dépression pour ne pas retarder sa prise en charge.

Concernant le risque suicidaire la même tendance que pour l'orientation vers un spécialiste s'observe pour les raisons justifiant la prescription d'un traitement antidépresseur où on constate que dans la DCPD et la DM ce risque justifie plus facilement la prescription (M : 3.12(DS±1,55) et 3.17(DS±1,46) respectivement) en comparaison à la DMS et la DATC (M : 2.19(DS±1,46) et 1.76(DS±1,52) respectivement).

12.1.5 Autre thérapeutique mise en place

Ce qui est ici intéressant à noter est que lorsque l'utilisation d'un traitement antidépresseur a été jugée adéquate, l'association à un anxiolytique était généralement la seconde classe médicamenteuse de choix. Une étude datant des années 2000, faisait un constat similaire avec 61,9 % de co-prescriptions de benzodiazépines au traitement antidépresseur.

On observe également que lorsqu'il n'est pas prescrit de traitement antidépresseur, la classe médicamenteuse de choix est un anxiolytique. En effet, une personne présentant une dépression présente également souvent de l'anxiété associée ce qui pourrait expliquer une partie de ces associations (86) même si la prescription seule est discutable. Un anxiolytique pourrait donc être nécessaire dans l'attente de l'efficacité du traitement antidépresseur. Il est aussi intéressant de prendre en compte l'existence d'un syndrome de levée d'inhibition lié à l'amélioration du ralentissement psychomoteur (57) et donc un risque de passage à l'acte suicidaire plus important ce qui pourrait expliquer en partie cette association.

On peut également observer dans notre enquête que la sismothérapie semble être réservée à la DM, forme la plus sévère, avec environ 15% des répondants qui la suggère (contre moins de 1% pour les autres vignettes). Ce constat rejoint ce qui est enseigné dans les collèges de psychiatrie où la sismothérapie est réservée aux épisodes dépressifs sévère (87). Cette faible prévalence s'explique aussi par le fait que cette thérapeutique relève avant tout du domaine du psychiatre d'où l'importance de l'orientation dans la DM (plus de 80% des répondants).

12.1.6 Prise en charge psycho-sociale

En ce qui concerne la prise en charge psycho-sociale, la psychothérapie, la prise en charge fonctionnelle, la prise en charge nutritionnelle est à prendre en compte pour une majorité des répondants de notre étude (> 70%). Cela reflète la bonne compréhension de la complexité de la dépression du sujet âgé par nos répondants. Cela rejoint également une étude réalisée en 2011 où une majorité de médecins avait déjà une opinion favorable vis-à-vis des psychothérapies et reconnaissait l'efficacité de ce traitement pour traiter la dépression (88).

12.1.7 Formation en psychiatrie

Dans la population totale de nos répondants, 78.1% des médecins ressentaient un besoin en formation de psychiatrie de la personne âgée. En effet bien que 52,9% des répondants avaient bénéficié d'une formation en psychiatrie de la personne âgée, une majorité d'entre eux, 72%, en ressentaient toujours le besoin.

Cela peut s'expliquer par le fait que la formation en psychiatrie intervient principalement au cours du second cycle et est donc fortement en lien avec le temps accordé par les différentes facultés de médecine à cette spécialité. Un stage en psychiatrie au cours du second cycle n'est ainsi pas forcément obligatoire. Une enquête réalisée auprès de 81 internes de psychiatrie en 2017 objectivait le fait que l'exposition à la clinique psychiatrique en dehors des stages de psychiatrie était très faible. Il est vrai que peu d'externes ont réalisé des évaluations psychiatriques de leurs patients en dehors des stages de psychiatrie (7,4% des futurs internes en psychiatrie) (89). Il faut aussi prendre en compte que le nombre de professeurs universitaires en psychiatrie est plus faible comparativement aux autres spécialités ce qui peut également contribuer à expliquer un manque de formation (89,90). Pourtant cette formation a pour conséquence une prise en charge différente de la dépression.

Même si dans notre enquête elle ne permet pas un meilleur diagnostic de la dépression, la formation en psychiatrie de la personne âgée permet probablement d'avoir un meilleur réseau de spécialistes à contacter comme l'on peut voir dans la DCPD, où lorsqu'ils orientaient vers un spécialiste les gériatres n'ayant pas reçu de formation en psychiatrie de la personne âgée déclaraient avoir davantage de difficultés ($p=0,019$) à accéder au(x) spécialiste(s) (38,5% d'entre eux contre 7,7% pour les formés). De même pour la DATC, quand ils n'orientaient pas vers un spécialiste, les gériatres formés étaient plus nombreux ($p=0,030$) à ne pas être d'accord avec le fait que l'identification du spécialiste soit difficile avec 55,3% d'entre eux contre 27,8% pour les non formés.

La formation a aussi un impact dans la prise en considération du risque suicidaire, notamment dans les formes « atypiques ». Ainsi pour la DMS, lorsqu'ils n'orientaient pas vers un spécialiste les médecins non formés étaient plus nombreux à estimer que le risque suicidaire était faible comparativement aux médecins formés (36,8% des non formés contre 6,9% pour les formés ($p=0,02$)). Il semblerait que la formation en psychiatrie de la personne âgée permet une meilleure sensibilisation au risque suicidaire, et ce même en l'absence d'expression d'idées suicidaires.

Dans la DMS on observe également que la formation permet aux gériatres d'être plus confiants pour initier eux même un traitement antidépresseur. En effet les formés en initiaient davantage ($p=0,009$) avec 64,2% d'entre eux contre 36,7% pour les non formés. Aussi, dans la DATC quand ils ne prescrivaient pas d'antidépresseurs, les gériatres formés étaient plus nombreux

($p=0,047$) à ne pas être d'accord avec le fait que ces derniers soient peu efficaces (66,3% des formés contre 31,8% des non formés). La formation en psychiatrie de la personne âgée semble donc permettre aux gériatres d'être sensibilisés à l'importance et à l'efficacité des traitements antidépresseurs.

12.1.8 Impact de l'ancienneté

Les gériatres ayant une ancienneté supérieure à 10 ans étaient dans notre enquête plus performants ($p<0,05$) pour le diagnostic de la dépression dans la DMS et la DM. Pour la DATC, ils étaient également proportionnellement plus nombreux à évoquer le diagnostic de dépression (83% contre 68%), cependant pour cette vignette la différence n'était pas significative, les gériatres étant probablement plus fréquemment confrontés à ce tableau clinique en raison de leur spécialité.

Pour la DMS, le DATC et la DM une ancienneté supérieure à 10 ans était également associée à une prescription d'antidépresseur plus importante ($p<0,05$). Une des raisons pouvant expliquer ces différences est qu'avec l'ancienneté les gériatres ont probablement été davantage confrontés à ces tableaux cliniques. Il semble qu'avec l'expérience les gériatres acquièrent une plus grande confiance en eux dans la prise en charge de la dépression.

12.2 Forces et limites de notre étude

12.2.1 Forces

A notre sens, c'est le premier travail qui s'intéressait au diagnostic et à la prise en charge de la dépression par les gériatres en France. De nombreuses études sur la dépression existent mais aucune sur la pratique des gériatres. Notre enquête était également une étude multicentrique nationale ce qui diffère des études existantes qui sont principalement régionales ou départementales.

Elle avait aussi pour force de se baser sur l'utilisation de vignettes cliniques, qui sont plus proches de la réalité qu'un simple questionnaire. En effet nos vignettes comportaient à la fois un aspect clinique, un aspect social et un aspect thérapeutique pour se rapprocher au plus de la réalité.

Il n'a été pris en compte pour notre analyse que les questionnaires complets, et ce grâce à l'exclusion par la méthode de réalisation, des personnes n'ayant pas répondu entièrement au

questionnaire. Ainsi le taux de diagnostic de la dépression entre chaque vignette pouvait être comparé. De plus le recueil des données était entièrement anonyme et la méthode de l'étude avait reçu la validation d'un comité d'éthique.

Notre étude prenait également en compte des formes « atypiques » qui sont peut-être celles à auxquelles les gériatres sont le plus confrontés en unité de court séjour gériatrique. Ainsi notre enquête permettait de voir l'impact de la présentation clinique de la dépression sur son diagnostic et sur sa prise en charge. Le recueil de données démographiques et la comparaison de nos résultats à la littérature a également permis d'émettre un certain nombre d'hypothèses sur la prise en charge de la dépression par les gériatres. La comparaison à la littérature permettait également d'insister sur l'importance du réajustement de ces formes.

Pour finir notre travail s'inscrivait dans un projet plus global dont le but sera de comparer les pratiques entre gériatres, psychiatres et médecins généralistes.

12.2.2 Limites de l'étude

12.2.2.1 Représentativité de la population

Dans notre enquête le nombre de participants était de 155 gériatres qui en comparaison aux 4400 gériatres en France peut sembler faible. Cela ne représente en effet que 3.5% des gériatres. Cette faible participation peut s'expliquer par le fait que tous les gériatres ne sont pas forcément membres des organismes de diffusion utilisés (SFGG et ANAIG). Aussi comme on peut le constater dans notre enquête, les gériatres ont principalement une activité hospitalière (91) ce qui peut expliquer qu'ils n'ont pas forcément le temps de participer à ce type d'enquêtes. Dans notre enquête l'âge moyen des participants est de 40,3 ans avec une majorité de gériatres exerçant depuis moins de 20 ans (73.1%). Même si la gériatrie est une discipline relativement jeune (92), notre population a un âge médian plus bas que celui de la population de gériatre en France qui est de 51 ans (91) selon l'atlas de démographie médicale de 2019. Aussi pour la formation, il n'était pas recueilli de données concernant les modalités de cette dernière (DU, stage...).

12.2.2.2 Biais de sélection

L'échantillon de l'étude a été réalisé par l'envoi du questionnaire à l'ensemble des médecins membres de la SFGG et l'ANAIG, méthode pouvant être à l'origine d'un biais de sélection. Il n'est pas possible d'exclure l'hypothèse que les répondants pouvaient être les plus intéressés

par la prise en charge de l'EDC de la personne âgée. Il peut donc exister des pratiques différentes entre les participants de notre étude et les gériatres n'ayant pas participé.

12.2.2.3 Biais de déclaration

Il existe un biais de conformisme (93), en effet les participants de l'étude ont pu vouloir montrer une prise en charge plus conforme à leur pratique réelle. Il y a également un biais de désirabilité sociale (94) par le fait que les participants ont pu vouloir se montrer sous un aspect plus séduisant vis-à-vis de leurs pairs dans leurs réponses.

Il est important de relever qu'il existe dans la littérature plusieurs hypothèses concernant le sentiment d'anonymat. L'une d'elle, est qu'un questionnaire en ligne réduit ce sentiment d'anonymat par la crainte de voir les réponses stockées dans une base de données et également par la crainte d'être identifié par une signature numérique (95). Cependant une autre hypothèse est qu'un questionnaire en ligne procure un sentiment d'anonymat et favorise ainsi des réponses sincères, réduisant le biais de désirabilité sociale (96). Il est donc difficile de connaître l'influence de l'anonymisation de notre questionnaire sur les réponses de nos répondants.

12.2.2.4 Biais d'information

Un risque de biais d'information est également la conséquence de notre étude. En effet, en respectant l'anonymat des répondants, le nombre de réponse par participant ne pouvait pas être limité. Une telle limite aurait nécessité la collecte d'une signature numérique sur cet auto-questionnaire informatique et aurait rendu impossible le maintien de l'anonymat des répondants. Cependant nous avons limité ce biais en demandant au participant leurs nombres de participation afin d'exclure les participations multiples (soit 8 réponses).

13 Conclusion

Notre enquête a permis de décrire les méthodes et la prise en charge effectuée lors de la découverte de la dépression de la personne âgée par les gériatres.

Les gériatres par les spécificités de leurs pratiques courantes et de leurs lieux d'exercice utilisaient généralement des échelles pour s'aider au diagnostic de la dépression. Lorsque que le diagnostic de dépression était établi, plus de 50% d'entre eux initiaient un traitement antidépresseur et plus de 70% d'entre eux effectuaient une prise en charge psycho-sociale.

Dans notre enquête, les formes « atypiques » ou sévères de dépression posaient davantage de difficultés pour leur diagnostic et leur prise en charge. En effet, elles étaient moins diagnostiquées et moins associées à une prescription d'antidépresseur que les formes « typiques », mettant en évidence les difficultés rencontrées par les gériatres et faisant ressortir ainsi certaines pistes d'amélioration de la prise en charge.

Tout d'abord, avec l'ancienneté et donc l'expérience et la pratique, les gériatres proposaient une meilleure prise en charge de la dépression. Ainsi une formation médicale davantage axée sur la pratique pourrait aider les gériatres à mieux dépister et mieux diagnostiquer la dépression. Ce constat rejoint une étude (97) s'intéressant aux formations en psychiatrie qui avait conclu que le développement de formations médicales interactives par petits groupes et adaptées à l'exercice, complétées par des rappels au moment des décisions permettait d'améliorer les pratiques. Même si nous n'avions pas d'information concernant les formations en psychiatrie de la personne âgée réalisées par nos répondants, le fait d'avoir bénéficié d'une formation était associé à une meilleure prise en compte du risque suicidaire, une meilleure connaissance de l'efficacité d'un antidépresseur et à une moindre difficulté d'accès aux spécialistes.

L'importance du dépistage des formes « atypiques » et de l'efficacité de la mise en place d'un antidépresseur se doit d'être rappelée. Le fait que l'orientation vers un spécialiste soit associée à une moindre prescription d'antidépresseur montre qu'il est important de mieux définir le rôle du gériatre et du psychiatre dans la prise en charge de la dépression du sujet âgé dans le but de permettre une meilleure coordination des soins.

La suite de notre travail avec notamment l'analyse comparative des pratiques des psychiatres, des gériatres et des médecins généralistes pourra permettre de mieux définir le rôle de chacun.

14 Bibliographie

1. World Health Organization. Vieillesse et santé [Internet]. 2018 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Kowal P, Dowd J. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. 2001.
3. Institut national de la statistique et des études économiques. Les personnes âgées. 2005.
4. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? Gerontol Soc. 6 oct 2011;34 / n° 138(3):127-42.
5. Laroque P. Rapport Laroque - Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille [Internet]. 2014 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: https://www.editions-harmattan.fr/index_harmattan.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=44642
6. World Health Organization. La dépression [Internet]. World Health Organization; 2018 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/management/depression/fr/
7. World Health Organization. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10ème révision [Internet]. Paris : Masson; 1993 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40506>
8. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
9. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours [Internet]. 2017 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
10. Insee. Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. 2021 [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
11. Tabue-Teguo M, Grasset L, Avila-Funes JA, Genuer R, Proust-Lima C, Péres K, et al. Prevalence and Co-Occurrence of Geriatric Syndromes in People Aged 75 Years and Older in France: Results From the Bordeaux Three-city Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 12 déc 2017;73(1):109-16.
12. Bonin-Guillaume S, Fajula C. Dépression. Traité de médecine d'urgence de la personne âgée. 2011;1045-52.
13. Chan Chee C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), éditeurs. La dépression en France: enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES; 2009. 203 p. (Études santé).

14. Aurore H. Réponse à la saisine du 30 octobre 2014 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus. Haute Aut Santé. 2014;44.
15. Fremont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. Asp Clin Dépress Sujet Âgé. 2004;19-27.
16. S. Kindynis, S. Burlacu, P. Louville, F. Limosin. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques - Septembre - 2013 - Articles de la revue L'Encéphale - Revue - Encephale. avr 2013 [cité 13 avr 2021];L'Encéphale. Disponible sur: <https://www.encephale.com/Revue/Articles-de-la-revue-L-Encephale/2013/Septembre/Therapie-des-schemas-du-sujet-age-impact-sur-la-depression-l-anxiete-et-les-schemas-cognitifs-typiques>
17. Tison P, Hautekeete M. Activation de pensées automatiques négatives spécifiques vers 60 ans chez des sujets déprimés âgés de 20 à 99 ans. EM-Consulte. juin 2005;Volume 15(Numero 2):P. 61-68.
18. F. Limosin, A. Manetti, M. René, J.-P. Schuster E. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. EM-Consulte. 26 sept 2015;
19. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. J Psychiatr Res. 1 janv 1994;28(1):57-84.
20. Beyond nosography of depression in elderly. Arch Gerontol Geriatr. 1 janv 2007;44:13-22.
21. Khan A, Mirolo H, Mirolo MH, Dobie DJ. Depression in the elderly: a treatable disorder. Gériatrics. juin 1993;48 Suppl 1:14-7.
22. Schneider LS. Treatment of depression in late life. Dialogues Clin Neurosci. sept 1999;1(2):113-24.
23. Limosin F, Manetti A, René M, Schuster J-P. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. NPG Neurol-Psychiatr-Gériatrie. oct 2015;256-61.
24. Pinquier C, Weimann N, Pellerin J. Le diagnostic d'une dépression chez la personne âgée. Rev Gériatrie. 2003;6.
25. Valter Lleshi. La dépression du sujet âgé. Revu Médicale Suisse. 2009;Volume 5:1785-9.
26. Pascal de Raykeer R, Hoertel N, Blanco C, Lavaud P, Kaladjian A, Blumenstock Y, et al. Effects of depression and cognitive impairment on quality of life in older adults with schizophrenia spectrum disorder: Results from a multicenter study. J Affect Disord. 1 sept 2019;256:164-75.
27. Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Helvik A-S. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2015;40(5-6):311-39.

28. Wei J, Hou R, Zhang X, Xu H, Xie L, Chandrasekar EK, et al. The association of late-life depression with all-cause and cardiovascular mortality among community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* août 2019;215(2):449-55.
29. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. *EM-Consulte.* janv 2010;(36(3)):59-64.
30. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry.* sept 2003;60(9):897-903.
31. Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Haute Aut Santé [Internet]. 1 oct 2000 [cité 13 avr 2021]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
32. Haute Autorité de Santé. Mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA [Internet]. 2014 [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1742730/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique-dans-le-cadre-de-l-experimentation-paerpa
33. Haute Autorité de Santé, éditeur. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2006.
34. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatr Clin North Am.* 1 juin 2008;31(2):333-56.
35. Y. Khrifech, R. Dhahri, M. Slouma, M. Leila, I. Gharsallah. Dépression et COVID-19 chez les sujets âgés hospitalisés en rhumatologie : une série de 50 patients. *Rev Rhum.* déc 2020;87(S1):293.
36. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. *Ann Fam Med.* 1 juill 2010;8(4):348-53.
37. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juin 1961;4(6):561-71.
38. Zung WWK. A Self-Rating Depressopn Scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1 janv 1965;12(1):63-70.
39. Pariente PD, Challita H, Mesbah M, Guelfi JD. The GHQ-28 questionnaire in French: a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients. *Eur Psychiatry.* ed 1992;7(1):15-20.
40. GDS-30-items.pdf [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2017/04/GDS-30-items.pdf>
41. HAS. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus. 2014.

42. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gerontol Soc.* 2008;31 / n° 126(3):141-55.
43. Collège National des Enseignants en Gériatrie. In Elsevier Masson; (3ème édition).
44. Davidson J, Turnbull CD, Strickland R, Miller R, Graves K. The Montgomery-Åsberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand.* 1986;73(5):544-8.
45. Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry.* sept 2003;18(9):829-38.
46. Schneider LS, Olin JT. Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *Int Psychogeriatr.* 1995;7 Suppl:7-25.
47. 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. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry.* mars 2011;19(3):249-55.
48. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:363-89.
49. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983 1982;17(1):37-49.
50. Lacoste L, Trivalle C. Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatologique. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* avr 2005;5(26):44-51.
51. Burke WJ, Houston MJ, Boust SJ, Roccaforte WH. Use of the Geriatric Depression Scale in Dementia of the Alzheimer Type. *J Am Geriatr Soc.* 1989;37(9):856-60.
52. Feher EP, Larrabee GJ, Crook TH. Factors Attenuating the Validity of the Geriatric Depression Scale in a Dementia Population. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40(9):906-9.
53. Gallarda T, Lôo H. Dépression et personnes âgées. *L'Encéphale.* 1 juin 2009;35(3):269-80.
54. Charles PC, Bernard PB. Comité de Validation. 2006.
55. Gelenberg A, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 152 2010;
56. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Third edition. 2015.
57. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. 2016.

58. Wilson K, Mottram P, Sivanranthan A, Nightingale A. Antidepressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(2):CD000561.
59. Furukawa T, McGuire H, Barbui C. Low dosage tricyclic antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD003197.
60. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. 2015;
61. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Tajika A, Watanabe N, Streiner D, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 3 juin 2019;6:CD001026.
62. Bouhassira M, Allicar MP, Blachier C, Nouveau A, Rouillon F. Which patients receive antidepressants? A « real world » telephone study. 1998;(49):19-26.
63. V. Camus, C. A. de Mendonça Lima, Ch. Bula. Usage et abus des benzodiazépines chez la personne âgée. 2001;
64. Taiminen TJ. Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand.* janv 1993;87(1):45-7.
65. Benzodiazépines : trop de patients à risque d'effets indésirables [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2021 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/benzodiazepines-trop-patients-risque-effets-indesirables>
66. Laroche M, Charmes P. Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française. 2007;11.
67. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
68. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete
69. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry.* 1 févr 1988;23(3):271-84.
70. René M, Kindynis S, Csillik A. Particularités des thérapies cognitivo- comportementales et des interventions de psychologie positive dans la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 22(4):169-74. 1 déc 2012;
71. Areán PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biol Psychiatry.* 1 août 2002;52(3):293-303.
72. Ginger S. La psychothérapie en France. *J Francais Psychiatr.* 2004;(no 21):8-9.

73. Geduldig ET, Kellner CH. Electroconvulsive Therapy in the Elderly: New Findings in Geriatric Depression. *Curr Psychiatry Rep.* avr 2016;18(4):40.
74. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. « Justifiable depression »: how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract.* juin 2006;23(3):369-77.
75. N. Gervasoni, G. Bondolfi. Qu'en est-il de l'entourage et des proches dans la dépression ? *Rev Med Suisse.* 2004;volume 0 24021.
76. T. Gallardaa,b,*, H. Lôoa,b. Dépression et personnes âgées. juin 2009;Volume 35, n°3:269-80.
77. Monfort J-C. Spécificités psychologiques des personnes très âgées. *Gerontol Soc.* 2001;24 / n° 98(3):159-87.
78. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
79. Johnson M. La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques. *Retraite Soc.* 2001;no 34(3):51-67.
80. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017 p. 70.
81. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère [Internet]. 2021 [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: <https://123dok.net/document/7qvg0k1q-barrieres-a-l-utilisation-des-outils-de-diagnostic-de-la-depression-en-medecine-de-famille-etude-qualitative-par-entretiens-individuels-semi-directifs-aupres-de-medecins-generalistes-du-nord-finistere.html>
82. Svanborg P, Asberg M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *J Affect Disord.* mai 2001;64(2-3):203-16.
83. Gabryelewicz T, Styczynska M, Pfeffer A, Wasiak B, Barczak A, Luczywek E, et al. Prevalence of major and minor depression in elderly persons with mild cognitive impairment--MADRS factor analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* déc 2004;19(12):1168-72.
84. HAS. Haute Autorité de Santé : « Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. 2018 mai.
85. Martin Sarzier,. Heurs et malheurs de la psychiatrie du sujet âgé. *Socio-histoire d'une spécialité médicale.* 2017;p.29-30.
86. Martin P. Coadministration benzodiazepine and antidepressant drugs: the state of art. *L'Encephale.* oct 2006;32(5 Pt 1):753-66.

87. Collège de psychiatrie. In p. Page 220.
88. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-de-la-depression-en-medecine-generale-de-0>
89. Chaste P, Houenou J. L'enseignement de la psychiatrie pendant le second cycle est-il adapté à la discipline? :21.
90. Synthese_HU_2019_VF.pdf [Internet]. [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/Synthese_HU_2019_VF.pdf
91. Chiffres clés : Gériatre [Internet]. 2020 [cité 20 août 2021]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-geriatre/>
92. Dubois M, Lorthiois J, Mansour S, Fleury M, Ballouche N, Blanc P, et al. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? Gerontol Soc. 2008;31 / n° 126(3):91-103.
93. V. Aebischer, D. Oberlé. Le groupe en psychologie sociale. Dunod. 5ème édition. 2016;
94. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. J Consult Psychol. août 1960;24:349-54.
95. Lautenschlager GJ, Flaherty VL. Computer administration of questions: More desirable or more social desirability? J Appl Psychol. 1990;75(3):310-4.
96. Martin CL, Nagao DH. Some effects of computerized interviewing on job applicant responses. J Appl Psychol. 1989;74(1):72-80.
97. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France. L'Encephale. juin 2010;36 Suppl 2:D73-82.

Annexe 1 : Critères diagnostiques d'un l'EDC d'après la CIM-10 (7)

A. L'épisode présente une durée d'au moins 2 semaines.

B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes suivants :

(1) humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines ;

(2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;

(3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

(1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;

(2) sentiment injustifié de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;

(3) pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;

(4) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;

(5) modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ;

(6) perturbation du sommeil de n'importe quel type ;

(7) modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'EDC d'après le DSM-V (8)

-A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une période d'une durée d'au moins deux semaines. Un symptôme ne peut être retenu que s'il représente un changement par rapport au fonctionnement antérieur et s'il ne peut être imputé à une autre affection médicale. Les symptômes 1 et/ou 2 sont obligatoires :

(1) Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours rapportée de façon subjective (par exemple, sentiment de tristesse, de vide, de désespoir), ou par les observations de l'entourage (par exemple, comportement larmoyant).

(2) Réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes, ou presque toutes les activités, quasiment toute la journée, presque tous les jours (rapports subjectifs ou observations).

(3) Perte de poids significative en l'absence de régime, ou gain de poids significatif (par exemple, variation $\geq 5\%$ de la masse corporelle en ≤ 1 mois), ou réduction ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (objectivable par l'entourage, pas simple ressenti subjectif d'impatience ou de ralentissement).

(6) Fatigue ou manque d'énergie quasi quotidien.

(7) Sentiment d'indignité, ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirant), presque tous les jours (pas simplement se faire le reproche ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Réduction des capacités réflexives ou de concentration, ou indécision quasi quotidiennes (rapports subjectifs ou observations).

(9) Pensées récurrentes autour de la mort (pas une simple peur de mourir), idéation suicidaire récurrente sans ou avec élaboration d'un plan ou tentative de suicide.

-B. La symptomatologie est responsable d'une détresse cliniquement significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel ou tout autre domaine fonctionnel important.

-C. L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

-D. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques spécifiés ou non spécifiés.

-E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomane. NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

Annexe 3 : Critères définissant un EDC léger, modéré ou sévère

D'après le site de la HAS (9)

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

Annexe 4 : Gériatric Depression Scale à 15 items :

C'est une version abrégée de la GDS à 30 items. Elle peut être remplie par le patient ou un professionnel de santé.

Elle ne permet cependant pas, à elle seule, de faire un diagnostic de dépression. Le professionnel doit se référer aux critères diagnostiques de dépression majeure du DSM IV.

GERIATRIC DEPRESSION SCALE A 15 ITEMS

GDS - 15	Compter 1 point si :
Etes-vous satisfait de votre vie ?	Non
Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	Oui
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui
Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui
Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Non
Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	Oui
Etes-vous heureux la plupart du temps	Non
Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	Oui
Préférez-vous rester seul dans votre chambre / chez vous plutôt que de sortir ?	Oui
Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	Oui
Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	Non
Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	Oui
Avez-vous beaucoup d'énergie ?	Non
Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	Oui
Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	Oui
Score	/15

Annexe 5 : Mini-GDS

Cette échelle consiste à poser 4 questions au patient en lui précisant qu'il doit se référer à un passé très récent, soit au mieux une semaine.

Les 4 items sont :

Item 1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?

Item 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?

Item 3. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?

Item 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

Comptez 1 si la réponse est oui aux questions 1,2,4 et non à la question 3.

Si le score est égal à 1 ou plus, il y a une très forte probabilité de dépression ; si le score est égal à 0, il y a une très forte probabilité d'absence de dépression.

Annexe 6 : Echelle de Beck :

**INVENTAIRE DE DEPRESSION de BECK
(BDI-21)**

Nom : Prénom : Age : Date :

1	a	Je ne me sens pas triste.	6	a	Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
	b	Je me sens triste.		b	J'ai l'impression que je pourrais être puni(e).
	c	Je suis tout le temps triste et ne peux m'en sortir.		c	Je m'attends à être puni(e).
	d	Je suis si triste que je ne peux le supporter.		d	J'ai l'impression d'être puni(e).
2	a	Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir.	7	a	Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) par moi-même.
	b	Je me sens découragé(e) par l'avenir.		b	Je suis déçue par moi-même.
	c	J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie.		c	Je suis dégoûté(e) de moi.
	d	J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer.		d	Je me hais.
3	a	Je ne me considère pas comme une ratée.	8	a	Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque.
	b	J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels.		b	Je suis critique vis-à-vis de mes faiblesses ou de mes erreurs.
	c	Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs.		c	Je me blâme tout le temps pour mes erreurs.
	d	J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans ma vie.		d	Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent.
4	a	Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.	9	a	Je ne pense aucunement à me suicider.
	b	Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.		b	J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes.
	c	Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit.		c	J'aimerais me suicider.
	d	Tout me rend insatisfait ou m'ennuie.		d	J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion.
5	a	Je ne me sens pas particulièrement coupable.	10	a	Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire.
	b	Je me sens coupable une bonne partie du temps.		b	Je pleure plus qu'avant.
	c	Je me sens coupable la plupart du temps.		c	Je pleure continuellement maintenant.
	d	Je me sens continuellement coupable.		d	Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable.

Annexe 7 : Echelle d'Hamilton.

E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton		Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?				
		Consigne : Encercler la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.				
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4

Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère.

Annexe 8 : Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale),

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

1. Tristesse apparente :

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

0 = Pas de tristesse.

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

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

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

2. Tristesse décrite :

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.

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

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

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

3. Tension intérieure :

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

0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.

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

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

6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit :

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

0 = Dort comme d'habitude.

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

4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.

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

5. Appétit réduit :

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

0 = Appétit normal ou augmenté.

2 = Appétit légèrement réduit.

4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.

6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration :

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant.

Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

0 = Pas de difficultés à se concentrer.

2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.

4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.

6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

.

7. Lassitude :

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

0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.

2 = Difficultés à commencer des activités.

4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.

6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir :

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

0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.

2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.

4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.

6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes :

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

0 = Pas de pensées pessimistes.

2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.

4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.

6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires :

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

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

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

4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.

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

Total :

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

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979)

Annexe 9 : Hospital Anxiety and Dépression Scale (HADS)

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Tick the box beside the reply that is closest to how you have been feeling in the past week.
Don't take too long over you replies: your immediate is best.

D	A		D	A	
		I feel tense or 'wound up':			I feel as if I am slowed down:
3		Most of the time	3		Nearly all the time
2		A lot of the time	2		Very often
1		From time to time, occasionally	1		Sometimes
0		Not at all	0		Not at all
		I still enjoy the things I used to enjoy:			I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach:
0		Definitely as much	0		Not at all
1		Not quite so much	1		Occasionally
2		Only a little	2		Quite Often
3		Hardly at all	3		Very Often
		I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:			I have lost interest in my appearance:
3		Very definitely and quite badly	3		Definitely
2		Yes, but not too badly	2		I don't take as much care as I should
1		A little, but it doesn't worry me	1		I may not take quite as much care
0		Not at all	0		I take just as much care as ever
		I can laugh and see the funny side of things:			I feel restless as I have to be on the move:
0		As much as I always could	3		Very much indeed
1		Not quite so much now	2		Quite a lot
2		Definitely not so much now	1		Not very much
3		Not at all	0		Not at all
		Worrying thoughts go through my mind:			I look forward with enjoyment to things:
3		A great deal of the time	0		As much as I ever did
2		A lot of the time	1		Rather less than I used to
1		From time to time, but not too often	2		Definitely less than I used to
0		Only occasionally	3		Hardly at all
		I feel cheerful:			I get sudden feelings of panic:
3		Not at all	3		Very often indeed
2		Not often	2		Quite often
1		Sometimes	1		Not very often
0		Most of the time	0		Not at all
		I can sit at ease and feel relaxed:			I can enjoy a good book or radio or TV program:
0		Definitely	0		Often
1		Usually	1		Sometimes
2		Not Often	2		Not often
3		Not at all	3		Very seldom

Please check you have answered all the questions

Scoring:

Total score: Depression (D) _____ Anxiety (A) _____

0-7 = Normal

8-10 = Borderline abnormal (borderline case)

11-21 = Abnormal (case)

Annexe 10 : Classes pharmaceutiques des antidépresseurs

D'après le dictionnaire Vidal 2019 (106) :

- **Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) :**

PAROXETINE Deroxat®, Divarius®
FLUOXETINE Prozac®
CITALOPRAM Seropram®
ESCITALOPRAM Seroplex®
SERTRALINE Zoloft®
FLUVOXAMINE Floxyfral®

- **Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) :**

VENLAFAXINE Effexor®
MILNACIPRAN Ixel®
DULOXETINE Cymbalta®

- **Tricycliques :**

CLOMIPRAMINE Anafranil®
AMITRIPTYLINE Laroxyl®, Elavil®
IMIPRAMINE Tofranil®
AMOXAPINE Défanyl®
DOSULEPTINE Prothiaden®
TRIMIPRAMINE Surmontil®
DOXEPINE Quitaxon®
MAPROTILINE Ludiomil®

- **Inhibiteur de la Mono-Amine Oxydase (IMAO) :**

- **sélectif de la MAO-A (IMAO-A) :**

MOCLOBEMIDE Moclamine®

- **non sélectif :**

IPRONIAZIDE Marsilid®

- **Autres antidépresseurs :**

MIANSERINE Athymil®
TIANEPTINE Stablon®
MIRTAZAPINE Norset®
AGOMELATINE Valdoxan® (commercialisé en France depuis 2010, réévalué en octobre 2015, service médical rendu (SMR) faible, désormais remboursable à 15%)
VORTIOXETINE Brintellix® (commercialisé en France début 2016, désormais remboursable à 30%, SMR modéré)

Annexe n°11 : Questionnaire et vignettes cliniques :

Question n°0 : Etes-vous bien gériatres ou interne en D.E.S de gériatrie ?

Oui

Non

Vignette 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 neurodégénérative connue à ce jour.

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

Oui

Non

Si réponse Non => Q1bis : Qu'évoqueriez-vous en premier lieu ?

- Une seule réponse possible.
- Une autre pathologie psychiatrique
- Une pathologie neurologique
- Une pathologie somatique
- Le vieillissement normal

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)

Q3-L'orienterez-vous vers un spécialiste ? * Une seule réponse possible.

Oui

Non

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

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

Q5-Vers quelle(s) structure(s) l'orienterez-vous ? *Plusieurs réponses possibles.

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

Q6-Pour quelles raisons l'orientez-vous vers un spécialiste ? : *Devait choisir une valeur allant de 0 à 5 pour chaque argument.

0 (Pas du tout d'accord) 1 2 3 4 5 (Tout à fait d'accord) Ne sais pas

- 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(des) spécialiste(s) à contacter
- Facilité d'accès au(x) spécialiste(s) envisagé(s)

Si pas d'orientation => Q6bis-Pour quelles raisons ne l'orientez-vous pas vers un spécialiste ? : *Devait choisir une valeur allant de 0 à 5 pour chaque argument.

0 (Pas du tout d'accord) 1 2 3 4 5 (Tout à fait d'accord) Ne sais pas

- Certitude diagnostique
- Tableau peu complexe
- Tableau peu sévère
- Faible risque suicidaire
- A l'aise dans la prise en charge
- Difficulté d'identification du(des) spécialiste(s) à contacter
- Difficulté d'accès au(x) spécialiste(s) envisagé(s)
- Défaut de retour d'information du(des) spécialiste(s) envisagés

Q7-Initiez-vous un traitement antidépresseur ? * Une seule réponse possible.

Oui

Non

Q8-Pour quelles raisons initiez-vous un antidépresseur ? *Devait choisir une valeur allant de 0 à 5 pour chaque argument.

0 (Pas du tout d'accord) 1 2 3 4 5 (Tout à fait d'accord) Ne sais pas

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

Q9-Quelle serait le reste votre prise en charge ? *Une seule réponse possible par ligne.

Oui

Non

Ne sais pas

- Anxiolytiques
- Hypnotiques
- Neuroleptiques, antipsychotiques
- Sismothérapie
- Psychothérapie
- Prise en charge nutritionnelle
- Prise en charge sociale, aides à domicile
- Prise en charge fonctionnelle (Kiné, activité physique)
- Réseau personne âgée
- Bilan mémoire
- Club senior

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

Si pas d'antidépresseur => Q8bis-Pour quelles raisons n'initiez-vous pas d'antidépresseur ? *Devait choisir une valeur allant de 0 à 5 pour chaque argument.

0 (Pas du tout d'accord) 1 2 3 4 5 (Tout à fait d'accord) Ne sais pas

- 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

Q9bis -Quelle serait le reste votre prise en charge ? *Une seule réponse possible par ligne.

Oui

Non

Ne sais pas

- Anxiolytiques
- Hypnotiques
- Neuroleptiques, antipsychotiques
- Sismothérapie
- Psychothérapie
- Prise en charge nutritionnelle
- Prise en charge sociale, aides à domicile
- Prise en charge fonctionnelle (Kiné, activité physique)
- Réseau personne âgée
- Bilan mémoire
- Club senior

La même succession de question était ensuite posé pour les vignettes 2, 3 et 4.

Vignette n°2 :

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 explorations 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.

Vignette n°3 :

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 (clés 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 anomalies.

Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue à ce jour.

Vignette n°4 :

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 neuro-dégénérative connue à ce jour.

Annexe 12 : Notice d'information :

Difficultés du diagnostic et de la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé chez les gériatres.

Ce questionnaire de thèse entre dans le cadre d'une thèse exercice s'intéressant au diagnostic et à la prise en charge globale de la dépression de la personne âgée chez les gériatres.

La dépression du sujet âgé constitue la pathologie mentale la plus fréquente dans cette catégorie de population et est lourde de conséquences (médicales, sociales, fonctionnelles).

Cette étude sera également réalisée auprès de différents spécialistes, l'ensemble de ce travail ayant pour but d'aider à une meilleure reconnaissance de la dépression chez la personne âgée et à une meilleure coordination entre intervenants.

Ce questionnaire se présente sous la forme de 4 vignettes cliniques inspirées de situations cliniques réelles au diagnostic complexe. Les questions suivent le même schéma et requièrent des réponses spontanées afin de représenter au mieux votre pratique quotidienne.

Cela vous prendra environ 10 minutes.

La collecte des réponses se terminera le 31 décembre 2020 inclus.

Le recueil des données est totalement anonymisé. Vous pouvez me contacter à l'adresse ci-dessous si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude. En cliquant sur « envoyer » sur la dernière page, vous confirmez votre participation libre et consentie à l'étude.

Infiniment merci pour le temps alloué !

Respectueusement

Annexe 13 : Ancienneté et diagnostic de la dépression pour les 4 vignettes.

Nombres d'années d'exercice (NAE)	< 10 ans n=(94)	≥ 10 ans n=(61)	p value
Diagnostic de dépression pour les 4 vignettes (%)			
Non	52 (55,3%)	20 (32,8%)	p = 0,01
Oui	42 (44,7%)	41 (67,2%)	

Annexe 14 : Initiation d'antidépresseur pour les gériatres ayant évoqué une dépression en fonction de l'ancienneté.

DMS: Ancienneté	< 10 ans n=(44)	> 10 ans n=(48)	p value
Prescription antidépresseur (%)			
Non	25 (56,8%)	15 (31,3%)	p = 0,013
Oui	19 (43,2%)	33 (68,8%)	

DATC: Ancienneté	< 10 ans n=(50)	> 10 ans n=(51)	p value
Prescription antidépresseur (%)			
Non	26 (52%)	14 (27,5%)	p = 0,02
Oui	24 (48%)	37 (72,5%)	

DM: Ancienneté	< 10 ans n=(59)	> 10 ans n=(57)	p value
Prescription antidépresseur (%)			
Non	33 (55,9%)	18 (31,6%)	p = 0,014
Oui	26 (44,1%)	39 (68,4%)	

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.