



HAL
open science

État des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé chez les médecins généralistes

Jessy Philippe

► **To cite this version:**

Jessy Philippe. État des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé chez les médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03464821

HAL Id: dumas-03464821

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03464821v1>

Submitted on 3 Dec 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.

**État des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale
de la dépression du sujet âgé chez les médecins généralistes**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 10 Novembre 2021

Par Madame Jessy PHILIPPE

Née le 29 août 1989 à Roanne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Président

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Monsieur le Docteur SI AHMED Lyes

Assesseur

Monsieur le Docteur NUSSLI Nicolas

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**État des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de
la dépression du sujet âgé chez les médecins généralistes**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 10 Novembre 2021

Par Madame Jessy PHILIPPE

Née le 29 août 1989 à Roanne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Président

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Monsieur le Docteur SI AHMED Lyes

Assesseur

Monsieur le Docteur NUSSLI Nicolas

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		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGADE 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		JOUBE 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 MICHOTEY 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
VIALETES 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	VIALETES 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. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

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

2006

M. le Professeur

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

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	TURRINI Olivier
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine	VALERO René
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	VAROQUAUX Arthur Damien
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	VELLY Lionel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	VEY Norbert
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VIDAL Vincent
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VIENS Patrice
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VILLANI Patrick
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VITON Jean-Michel
PHAM Thao	SCAVARDA Didier	VITTON Véronique
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric	VIVIER Eric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor	XERRI Luc
POINSO François	SIMON Nicolas	
RACCAH Denis	STEIN Andréas	
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal	
REGIS Jean	THUNY Franck	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick	
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (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
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

ANGLAIS 11

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

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

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

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)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
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 ORTHOPEDIQUE 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)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE : RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET 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 VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

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

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

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)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

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

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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) Surnombre
 BRETTELLE 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)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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

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

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

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-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)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

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

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

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

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

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

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

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2020) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

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)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

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)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE 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***THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

PETIT Philippe (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

REMERCIEMENTS

Au Professeure BONIN-GUILLAUME Sylvie

Je vous remercie chaleureusement de m'avoir aidée pendant l'élaboration de ma thèse, pour votre intérêt et votre soutien, votre disponibilité et conseils durant la rédaction. Merci de la confiance que vous m'avez accordée en acceptant d'encadrer ce travail. Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites de présider mon jury et d'avoir été ma directrice de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

Au Professeur GENTILE Gaëtan

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Docteur SI AHMED Lyes

Mes remerciements vont également à vous, cher Docteur SI AHMED, pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse et d'examiner mon travail.

Au Docteur NUSSLI Nicolas

Je te remercie de m'avoir fait partager ta passion pour la Médecine Générale dès mon premier stage en tant qu'externe. Merci pour ta bienveillance et d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Sois assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Merci tout particulièrement à mes co-internes, Cécilia et Raphaël, avec qui nous avons partagé ce beau projet. Ce fut un réel plaisir de travailler et d'échanger avec vous. Je tiens également à remercier, Sylvie Arlotto, pour ta motivation et ton soutien dans les moments difficiles.

Je remercie ma famille qui a su croire en moi et qui m'a apporté toute son aide lorsque j'en avais besoin. Merci à mes parents d'avoir tout fait pour que j'en sois arrivée là aujourd'hui. Merci maman pour ton accompagnement pendant ces onze longues années d'études médicales. Tu as toujours été ma première fan et je te remercie de t'avoir portée correctrice des fautes d'orthographe de cette thèse ☺ Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir soutenue, rassurée, consolée à tout moment. Ta présence et tes encouragements sont pour moi les piliers fondateurs de ce que je suis et de ce que je fais.

A ma grand-mie, partie rejoindre les anges il y a maintenant deux ans. Je te dédie ce travail et j'espère que tu es fière de moi. J'aurais aimé partager ce grand moment avec toi mais je sais que tu veilles sur moi et que tu es toujours à mes côtés.

Je souhaite également remercier mes amis de longue date qui ont su m'apporter confiance et écoute à tous les moments. Ainsi, je remercie particulièrement mes ami(e)s du lycée : Marie alias Sushi, Jade, Jérôme, Romain, Tristan, Jérémy, Lorelei, Audrey T., Thomas L., mais aussi mes ami(e)s de médecine pour avoir partagé un grand nombre d'années à mes côtés : Jean-Marc, Rémi, Andréa, Leslie, Marie Landry, Charlotte, Timothée, Mélodie. Soyez tous assurés de ma sincère et profonde amitié et gratitude.

Je ne veux pas oublier mes colocataires d'amour qui font partie intégrante de ma vie : merci à Clémi, Bernou, Clairette, Marion, Joss. Les rapports humains dont j'ai profité à vos côtés ont fait naître de réels liens d'amitié qui, à mes yeux, n'ont pas de prix.

Merci à tous mes co-internes, à mes anciens collègues de travail qui ont rendu ce parcours encore plus beau, que ce soit professionnellement ou amicalement : Romain, Sivadji, Nedjette, Chloé, Paulo, Manon, Stéphanie, et tant d'autres... Merci pour tous ces merveilleux moments partagés et tous ceux à venir.

A tous mes praticiens et équipes paramédicales, qui ont su m'apporter leur passion de la médecine générale, et tous les autres médecins croisés durant mes stages qui ont su me guider et me faire devenir celle que je suis aujourd'hui. Une pensée toute particulière au Docteur Alexandre Brigitte qui a su m'apporter rigueur et bienveillance.

Enfin, je remercie Loïc, l'Amour de ma vie, pour son soutien quotidien indéfectible et son enthousiasme sans faille à l'égard de mon travail. Tu as toujours cru en moi, nous allons pouvoir désormais vivre nos plus beaux moments. Que notre vie soit belle, longue et heureuse. Je t'aime.

Bien entendu, cette liste n'est pas exhaustive et je remercie tous ceux qui me connaissent et qui me font exister...

Merci à toutes et à tous.

LISTE DES ABREVIATIONS

APA :	Association Américaine de Psychiatrie
ATD :	Antidépresseur
CDOM :	Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins
CMP :	Centre médico-psychologique
DRESS :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM-V:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version 5
DUMG :	Départements Universitaires de Médecine Générale
ECT :	Électroconvulsothérapie
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
CIM-10 :	Classification Internationale des Maladies, version 10
EDC :	Épisode dépressif caractérisé
EHPAD :	Établissements d'hébergement pour personnes âgées
ETP :	Éducation thérapeutique du patient
HAS :	Haute Autorité de Santé
IRSNa :	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS :	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
JAMA:	Journal of the American Medical Association
NLP :	Neuroleptiques.
PAERPA :	Personnes Âgées En risque de Perte d'Autonomie
URPS :	Unions Régionales des Professionnels de Santé

RESUME

Introduction : La prévention et la prise en charge de la dépression du sujet âgé s'imposent comme une priorité de santé publique par la prévalence élevée, les conséquences délétères en termes de morbi-mortalité et par les impacts sanitaire, économique et social. La dépression du sujet âgé reste souvent sous diagnostiquée et sous traitée en soins primaires alors que les médecins généralistes jouent un rôle central dans sa prise en charge.

Objectif : Décrire les pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé.

Méthode : Une étude transversale a été réalisée au niveau national, via un questionnaire élaboré autour de 4 vignettes cliniques comprenant la description de formes typiques et atypiques.

Résultats : 1031 questionnaires de MG et internes ont été analysés. Seulement 1 répondant sur 6 était formé à la psychiatrie de la personne âgée. La reconnaissance du masque somatique était difficile, même si améliorée par la formation antérieure. Le principal frein à l'orientation était la difficulté d'accès aux spécialistes. Le taux d'orientation des formés était moins important, tandis que leur taux de prescription l'était plus. La prescription d'ATD se voyait moins dans les formes atypiques et la dépression mélancolique, principalement liée au doute diagnostique. La co-prescription ATD/anxiolytiques prédominait dans la forme mélancolique et la sismothérapie était peu évoquée. La prescription isolée de benzodiazépines était peu réalisée. Le rôle du traitement dans la prévention du risque de maladie neurodégénérative était peu connu. Le besoin de formation était unanime pour plus de ¾ de nos répondants.

Conclusion : La formation des MG passe notamment par l'amélioration de la formation théorique. On pourrait intégrer des enseignements interactifs animés par des binômes MG-psychiatres ou gériatres afin de mieux sensibiliser les jeunes internes.

Mieux informer les MG sur l'existence de formations médicales continues ou de diplômes universitaires/interuniversitaires de géronto-gériatrie et de géronto-psychiatrie semble nécessaire. Enfin, renforcer les connaissances des MG sur les pathologies neurodégénératives, les connaissances somatiques et lutter contre la réticence de la pratique de la sismothérapie nous paraissent indispensables.

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	3
A. Définition de la personne âgée	3
B. La dépression du sujet âgé.....	3
1. Définition de la dépression	3
2. Épidémiologie.....	4
3. Particularités sémiologiques chez le sujet âgé	5
4. Les formes dites « masquées ».....	6
5. Situation particulière : le deuil pathologique	7
C. Difficultés diagnostiques	7
D. Outils de dépistage de l'EDC chez le sujet âgé	8
1. La GDS (Geriatric Depression Scale)	8
2. Échelle d'Hamilton	8
3. La Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).....	9
4. L'échelle de Beck	9
5. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).....	9
E. Conséquences de la dépression et risque suicidaire	10
F. Prise en charge de la dépression	11
1. Les spécialistes.....	11
2. Prise en charge thérapeutique.....	12
G. Difficultés thérapeutiques	14
H. Justificatif de l'étude	14
I. Objectifs de l'étude	15
1. Objectif principal	15
2. Objectifs secondaires	15
II. MATERIELS ET METHODES.....	16
A. Type d'étude	16
B. Population étudiée	16
C. Mode de recueil des données.....	16
D. Diffusion du questionnaire.....	18
E. Analyses des données et méthode d'analyse statistiques des données.....	18
F. Éthique	20
III. RESULTATS.....	21
A. Descriptifs des répondants.....	21
B. Prise en charge globale de la dépression selon les vignettes cliniques	24
1. Diagnostic des différentes formes.....	24
C. Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles de dépression en fonction du statut, de la formation et de l'ancienneté.....	42
D. Prise en charge en fonction de la formation	43
1. Caractéristiques des répondants	43
2. Prise en charge diagnostique.....	44
3. Orientation ou non au spécialiste	44
4. Initiation ou non du traitement.....	45

5.	Comparaison de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale selon la formation.	47
6.	Choix de la structure	47
E.	Prise en charge en fonction du statut médecin/interne	48
1.	Prise en charge diagnostique.....	48
2.	Orientation ou non au spécialiste	48
3.	Initiation ou non du traitement.....	49
4.	Comparaison de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale selon le statut	50
5.	Ressenti du besoin de formation	51
6.	Choix de la structure	51
F.	En l'absence de diagnostic	51
IV.	<i>DISCUSSION</i>.....	54
A.	Représentativité de la population	54
B.	Diagnostic de dépression et recours aux échelles	54
C.	Orientation au spécialiste	56
D.	Initiation du traitement antidépresseur et prise en charge médicale associée	58
E.	Prise en charge paramédicale et sociale.....	61
F.	Les bénéfices de la formation.....	62
G.	Prise en charge des internes : principales limites	63
H.	Forces et limites de l'étude.....	65
V.	<i>Conclusion et perspectives</i>	67
ANNEXES		76

I. INTRODUCTION

A. Définition de la personne âgée

Du point de vue biologique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le vieillissement comme « le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires, qui au fil du temps entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et enfin, le décès (1). »

Le vieillissement est hétérogène selon les individus : certaines personnes de 70-80 ans ont des capacités physiques et mentales comparables à celles de jeunes adultes tandis que d'autres déclinent fortement alors qu'ils sont bien plus jeunes.

Définir la personne âgée est complexe. Le parcours de vie, le genre, l'environnement social et économique, la culture sont autant de facteurs ayant un impact sur l'avancée en âge et sur les expériences du vieillissement. Cela se reflète dans l'absence d'un âge chronologique communément partagé pour déterminer l'entrée dans la vieillesse. On parle d'âge chronologique, d'âge biologique, d'âge social etc. ; l'âge ayant de multiples significations et représentations (2). Il n'existe pas de personne âgée « type ».

Pour l'OMS, on devient une personne âgée à partir de 60 ans.

Du point de vue médical, la gériatrie retient l'âge de 75 ans ou 65 ans polypathologique.

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) retient un âge de 65 ans ou plus. Du point de vue socio-culturel, cette définition est souvent associée à l'âge à partir duquel il est possible de commencer à recevoir des prestations de retraite.

B. La dépression du sujet âgé

1. Définition de la dépression

L'OMS définit la dépression comme « un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration (3)».

Le diagnostic de la dépression est clinique et repose sur un ensemble de critères, comme ceux de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) rédigée par l'OMS (4) ou encore ceux du DSM-V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) rédigé par l'APA (Association Américaine de Psychiatrie) qui font référence pour de nombreuses études cliniques internationales (5).

La dernière version du DSM-V a modifié l'ancienne dénomination « épisode dépressif majeur » par la dénomination « épisode dépressif caractérisé » (EDC)(6). Ce terme permet de ne pas faire la confusion avec les critères de sévérité de l'épisode dépressif.

Dans ces deux classifications (annexes 1 et 2), les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent être présents presque tous les jours pendant au moins deux semaines (symptômes psychiques et physiques), et être associés à une détresse et à une altération du fonctionnement significatives (4)(5). La sévérité de la dépression peut être qualifiée de légère, modérée à sévère selon le nombre de symptômes, leur intensité et par le dysfonctionnement ressenti par le patient au niveau socio-professionnel (annexe 3)(7).

2. Épidémiologie

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 20,7% de la population totale française au 1^{er} janvier 2021(8). Si les tendances démographiques récentes continuent sur cette lancée, une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2060 (9).

La dépression est un trouble mental courant touchant plus de 264 millions de personnes de tous âges dans le monde (10).

D'un point de vue épidémiologique, les résultats de prévalence varient dans la littérature. Cette variabilité est le reflet à la fois de différences réelles mais également de différences méthodologiques, selon les critères diagnostiques et les méthodes d'évaluation utilisées, au seuil d'âge pour définir le sujet âgé et au type de population considérée (lieu de vie, comorbidités) (11)(12).

Cette prévalence est estimée entre 1 à 4 % en population générale, autour de 25 % chez les sujets hospitalisés et jusqu'à 40 % des sujets âgés en EHPAD (11)(13)(14)(15).

La prévalence de la dépression varie selon la définition (épisode dépressif caractérisé ou présence de symptômes dépressifs) : l'enquête Anadep2 réalisée en France en 2005 indiquait que 4,6 % des sujets âgés de la population générale âgée de 65 à 75 ans présentaient un *épisode dépressif caractérisé*, comparativement au taux le plus bas chez les 20-24 ans à 3,1 % et au taux le plus haut chez les 45-54 ans à 6,1 % (16). Selon le « Baromètre Santé » de 2017, 7,9 % des femmes et 2,7 % des hommes âgés de 65 à 75 ans présentaient un épisode dépressif caractérisé survenu au cours des 12 derniers mois (17).

L'enquête PAQUID réalisée en France chez les sujets âgés de plus de 65 ans rapportait une prévalence de la *dépression* proche de 13 % en population générale, 30 % chez les sujets hospitalisés et 50 % chez les sujets vivant en institution (11).

En France, dans les études réalisées en population générale, la dépression touchait 11,3 % des plus de 75 ans (13). Dans une méta-analyse de 2010 incluant des populations vivant en institution ou présentant des troubles cognitifs, on retrouvait une prévalence au-delà de 75 ans de l'épisode dépressif entre 4,6 % et 9,3 % et pour les états dépressifs dans leur ensemble (dysthymie, dépression mineure, subsyndromique...) entre 4,5 % et 37,4 % (18).

3. Particularités sémiologiques chez le sujet âgé

La sémiologie de la dépression du sujet âgé participe à égarer les esprits. Elle est très riche et parfois inhabituelle si nous nous référons à la clinique de l'adulte jeune.

Leurs spécificités retrouvent notamment :

- Une expression de la tristesse moins marquée,
- Des plaintes somatiques fréquentes,
- Une plainte mnésique subjective,
- Une anxiété ou des modifications du caractère plus marquées,
- Une apathie associée : perte d'initiative, d'intérêt et de l'expression des émotions.

La présentation clinique est le plus souvent caractérisée par des affects dépressifs moins verbalisés, une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités usuelles, un ralentissement psychomoteur, des plaintes somatiques non expliquées par une pathologie organique, des idées délirantes de persécution et un risque de suicide élevé. L'EDC est également associé à des risques fonctionnels comme la dénutrition, l'aggravation des comorbidités et une perte d'autonomie.

Les symptômes dépressifs sont souvent associés à des pathologies non-psychiatriques chez le sujet âgé. Cette association est bidirectionnelle, c'est-à-dire que certaines pathologies non psychiatriques (principalement les maladies non dégénératives et les maladies cardiovasculaires) augmentent le risque de développer un EDC, et à l'inverse un EDC augmente le risque de survenue ou d'aggravation de certaines pathologies non-psychiatriques.

La plainte mnésique subjective peut faire partie de l'EDC du sujet âgé. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande alors de poser la question d'un EDC sous-jacent devant tout trouble cognitif chez la personne âgée (7).

Une autre particularité et difficulté sémiologique tient au fait de l'appréciation du ralentissement psychomoteur de la personne âgée. Il est fréquent au cours du vieillissement normal mais il est également un des signes clefs de la dépression chez le sujet âgé (19).

4. Les formes dites « masquées »

Les formes dites « masquées » sont fréquentes et ont en commun une absence de tristesse exprimée voire un déni des sentiments de dépression (20)(21).

La **forme hypochondriaque** se manifeste par de nombreuses plaintes physiques (asthénie, céphalées, palpitations, algies, vertiges, dyspnée ou encore constipation). C'est une forme anxieuse où la personne se montre inquiète, exigeante et centrée sur elle-même.

Les **formes délirantes** se manifestent souvent par des idées de préjudice, de persécution, de jalousie, de mécanismes interprétatifs et imaginatifs, plus rarement hallucinatoires. Il n'y a pas d'antécédents psychotiques et de syndrome dissociatif. Les préoccupations sont souvent centrées sur le corps avec une anxiété majeure jusqu'à prendre la forme du syndrome de Cotard. Cependant, 2 à 5 % des personnes âgées autonomes, indépendant de tout autre diagnostic psychiatrique, présentent des idées de préjudice et 4 à 5 % des hallucinations (21).

La **forme hostile** se manifeste par la colère au premier plan. La personne est hypersensible aux stimuli, y répond sous forme d'agressivité et se replie sur elle-même en mettant de la distanciation avec ses proches. Elle prend une forme de défense pour ne plus déranger voire pour se protéger de l'indifférence ambiante qui éloigne ceux que la souffrance devrait rapprocher d'elle. Contrairement, aux adultes jeunes, la culpabilité et l'autodépréciation sont au second plan ou absentes (21).

La **forme anxieuse** se manifeste par une inquiétude permanente avec des accès d'anxiété inexplicée face à des faits anodins, des ruminations envahissantes, une dépendance et des comportements régressifs d'allure parfois pseudo-confusionnelle.

La **forme « cognitive »** ou **pseudo-démentielle** se manifeste par une désorientation temporo-spatiale, des troubles mnésiques, des difficultés de concentration, de troubles praxiques ainsi qu'une possible agitation, déambulations et mutisme. Elle est difficile à distinguer de la démence.

La **forme « conative »** ou nouvellement appelée « **syndrome dépressif et dysexécutif** » qui a pour symptôme principal la démotivation mise en évidence par Alexopoulos (21). Le désengagement relationnel et affectif, le renoncement et la régression puis la dépendance rentrent dans ce tableau fréquent en institution (22).

La **forme vasculaire** survient dans un contexte de pathologie cérébrale vasculaire. Le ralentissement psychomoteur est marqué ainsi que l'apathie et les troubles des fonctions exécutives (21).

On note alors que dans toutes ces formes dites « masquées », le noyau dépressif et la souffrance morale ne sont pas apparents.

5. Situation particulière : le deuil pathologique

Le deuil correspond aux réactions émotionnelles, cognitives, fonctionnelles, comportementales et socioculturelles face à la perte d'un proche ou par extension à une situation particulièrement investie. Le deuil était initialement un critère d'exclusion de l'EDC dans la CIM-10 et le DSM-IV mais ce n'est plus le cas dans le DSM-V(23).

Le deuil n'est pas considéré comme étant un épisode dépressif caractérisé. L'état de deuil est une réaction d'adaptation à une perte significative ne devant pas être considéré comme un état pathologique. C'est un processus dont l'évolution vers un apaisement est complexe et dont la réorganisation est indispensable pour traverser ce moment difficile. Cependant, il peut parfois se compliquer par un EDC (7). Chez le sujet âgé, les principaux éléments en faveur d'un deuil pathologique sont la durée/l'intensité de la douleur morale, les complications somatiques aiguës (surmortalité de 40 % des endeuillés dans les six premiers mois), la présence d'une symptomatologie délirante (à distinguer des épisodes hallucinatoires avec les sentiments de présence de la personne décédée retrouvés chez 89 % des femmes et 57 % des hommes endeuillés), une symptomatologie régressive majeure (20).

C. Difficultés diagnostiques

Les difficultés diagnostiques se voient à travers certains auteurs qui s'accordent à dire que l'utilisation des critères du DSM-V aux personnes âgées entraîne un sous-diagnostic par la présentation clinique de la dépression souvent frustrée (symptômes physiques prépondérants, pseudo-démence avec apathie, labilité émotionnelle) ou liée à l'existence d'une pathologie chronique comme le diabète ou la maladie cardiovasculaire qui masque la symptomatologie psychiatrique (24). Certains psychiatres mettent d'ailleurs en avant le peu d'intérêt que cette classification porte à cette catégorie d'âge (25).

Au-delà des particularités sémiologiques, de l'existence de formes masquées, d'une mauvaise adaptation des critères diagnostiques, on peut souligner l'existence d'idées reçues sur le vieillissement : croire que le vieillissement est forcément accompagné par la tristesse, la perte d'intérêts pour les activités usuelles ; croire que la situation de deuil est une réaction normale ne pouvant devenir pathologique ou encore la banalisation des idées suicidaires. Les plaintes somatiques, la perte d'appétit ou encore le ralentissement psychomoteur peuvent être attribués à tort au vieillissement, le tout contribuant aussi à ces difficultés diagnostiques. La symptomatologie est souvent moins marquée et moins évidente que celle retrouvée dans la population jeune et il est donc difficile de la distinguer du vieillissement normal.

Face à ce constat, on peut comprendre le sous-diagnostic de la dépression du sujet âgé. Une étude montre notamment cette difficulté par les médecins généralistes où moins de la moitié arrive à repérer la dépression chez les sujets de plus 65 ans (26).

D. Outils de dépistage de l'EDC chez le sujet âgé

Devant les particularités de la dépression dans l'avancée en âge et les difficultés des sujets âgés à évoquer leur souffrance psychique, l'utilisation d'échelles standardisées de dépistage et d'évaluation de la dépression est pertinente. Il existe de nombreuses échelles de dépression (27). L'utilisation d'échelle d'évaluation est une aide au repérage et au diagnostic. Certaines échelles sont utiles aussi pour évaluer sa sévérité et pour suivre l'effet du traitement antidépresseur. La liste est non exhaustive.

1. La GDS (Geriatric Depression Scale)

La « Geriatric Depression Scale » fait partie des échelles les plus fréquemment utilisées pour dépister la dépression chez le sujet âgé et fut mise au point en 1983 par le Docteur Yesavage et son équipe de l'Université de Stanford. Il en existe 3 versions : une à 4 items (mini-GDS, annexe 4) utilisée lors de l'évaluation gériatrique standardisée mais également la GDS-15 ou celle à 30 items pour les versions courte et longue. La GDS-15 (annexe 5) est tout à fait valide en vue d'un dépistage et semble un outil utile pour identifier les stades de dépression (28)(29). Cette échelle est efficace chez les patients âgés ne présentant pas de trouble cognitif. Lorsqu'elle s'adresse à des patients atteints de démence modérée à sévère, sa validité n'est pas maintenue et sa sensibilité est d'environ 47 % (30).

2. Échelle d'Hamilton

L'échelle d'Hamilton est un outil d'aide au clinicien pour identifier une dépression caractérisée (annexe 6). Elle est aussi recommandée pour le suivi et pour établir la sévérité d'un épisode dépressif mais elle ne semble pas adaptée au diagnostic de premier recours de la dépression (31). Il en existe deux versions de 17 ou 21 questions mesurant l'anxiété et la dépression. Score de 10 à 13 points : symptômes légers ; de 14 à 17 points : symptômes légers à modérés ; > à 18 points : symptômes modérés à sévères. De nombreux points forts lui sont retrouvés dont le principal est la reproductibilité, pouvant être réalisée par de nombreux praticiens (32). Elle ne comporte pas d'item sur le risque suicidaire. C'est un hétéro-questionnaire.

3. La Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

C'est une échelle très utilisée mais moins dans un objectif de diagnostic. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines variés tels que l'humeur, le sommeil, l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide. C'est un questionnaire à 10 éléments dont le score maximal est de 60 points. Elle quantifie la sévérité de l'épisode dépressif quand celui-ci est diagnostiqué. Elle est intéressante pour le suivi du patient mais son temps d'exécution semble la rendre peu adaptée à la pratique de la médecine de ville (33).

4. L'échelle de Beck

L'échelle de Beck a été publiée pour la première fois en 1960. Après plusieurs révisions, elle comporte 21 items évaluant les domaines cognitif, affectif, les symptômes somatiques et végétatifs. C'est un auto-questionnaire avec une cotation des items de 0 à 3. Un score supérieur ou égal à 14 indique une dépression : légère de 14 à 19, modérée de 20 à 28 et sévère de 29 à 63. Son temps de remplissage est de 5 à 10 minutes (31). Elle permet d'aider à identifier une dépression caractérisée avec un seuil $>$ à 13 évaluant la sensibilité à 92,3 % et une spécificité à 82,6 %. Pour un seuil $>$ à 15, il donne une sensibilité à 88,4 % et une spécificité de 91,2 %.

5. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Cette échelle comporte 14 items répartis en deux sous-échelles : une pour la dépression et l'autre pour l'anxiété. Elle permet de dépister rapidement en médecine générale ambulatoire les troubles psychopathologiques courants. En tenant compte de la présence ou non de comorbidités, la sensibilité est inférieure à 70 % et sa spécificité est inférieure ou égale à 80 %. Cette échelle peut s'avérer utile pour la présence ou l'absence de dépression cliniquement significative. Néanmoins, peu d'études sont disponibles pour l'évaluation de l'intérêt diagnostique pour la dépression (31).

Il existe donc des échelles n'ayant pas de spécificité liée à l'âge comme les échelles d'hétéroévaluation comme celles d'Hamilton et la MADRS, ou d'autoévaluation comme l'échelle de Beck. Elles ne sont pas très bien adaptées au sujet âgé car elles se fixent trop sur les troubles somatiques.

D'autres sont plus spécifiques à ce type de population notamment la « Geriatric Depression Scale » dont les versions réduites atténuent la fatigabilité et la perte de concentration liées aux évaluations longues (34).

E. Conséquences de la dépression et risque suicidaire

La dépression du sujet âgé est une pathologie aux multiples retentissements avec un impact négatif sur la qualité de vie (35)(36), entraîne une surmortalité prématurée et cardio-vasculaire (37), une perte d'autonomie, une augmentation du risque suicidaire ou encore un risque d'institutionnalisation secondaire. Les conséquences négatives incluent entre autres un déclin fonctionnel, un handicap plus marqué dans les activités de la vie quotidienne, une dégradation de leur bien-être, un isolement social, une majoration de difficultés cognitives, une surmortalité somatique...(38)

Quel que soit l'âge, la dépression est un facteur de risque majeur de suicide, donnée particulièrement pertinente chez le sujet âgé (39). Les suicides des sujets âgés de plus de 65 ans représentent 20 % des décès annuels enregistrés en France et les études montrent que les taux de suicide augmentent avec l'âge. Le risque suicidaire est important passant de 7,9 % chez les 65-74 ans jusqu'à 14,2 % chez les 75 ans et plus (13). L'épisode dépressif est le trouble psychiatrique le plus fortement associé au suicide abouti et aux tentatives de suicide des sujets les plus âgés (60 à 90 % des cas)(38). Des études d'autopsie psychologique retrouvent une dépression chez 75 à 82 % des sujets âgés décédés par suicide (39).

En 2006, la mortalité liée au suicide était de 39,7 pour 100 000 chez les plus de 85 ans (soit deux fois le taux des 25-44 ans ou encore 1,5 fois celui des 45-74 ans)(40).

Chaque année en France, environ 3000 personnes de plus de 65 ans se suicident dont 70 % à domicile (41).

Le suicide du sujet âgé présente ces caractéristiques :

- Plus fréquent chez les hommes que les femmes (ratio de 6,6)
- Les moyens suicidaires (pendaison (53%), armes à feu (14%), précipitation) induisent une létalité importante ; pourcentages en 2011 (31).

Les deux tiers des personnes âgées suicidées avaient consulté leur médecin généraliste durant le mois précédant leur geste suicidaire, et pour la moitié durant les dix derniers jours, surtout pour des symptômes relevant de troubles thymiques (38). Les spécificités épidémiologiques et cliniques à la crise suicidaire du sujet âgé en font donc une difficulté de prise en charge supplémentaire.

Par ailleurs, la dépression du sujet âgé augmente le recours aux soins et entraîne ainsi des retentissements en termes de coût pour la société : en 2003 une étude mettait en évidence que par rapport aux personnes âgées sans dépression, les coûts ambulatoires totaux étaient de 43 à 52 % plus importants et les coûts ambulatoires et hospitaliers de 47 à 51 % plus élevés chez les

personnes âgées souffrant de dépression (42). En plus d'une augmentation des coûts de soins (augmentation des demandes de soins, hospitalisations plus longues et plus fréquentes), la dépression du sujet âgé est associée à une moins bonne observance médicamenteuse, à une moindre participation aux programmes de rééducation ou encore à une augmentation des entrées en institution (38).

F. Prise en charge de la dépression

1. Les spécialistes

Les **médecins généralistes** semblent être un premier recours évident par leur accessibilité et leur connaissance des patients. Plusieurs études montrent que le médecin généraliste est, de loin, le premier consulté lors de symptômes de santé mentale (43)(44)(45) : c'est le professionnel de santé auquel ont recours le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %).

La dépression du sujet âgé fait également intervenir le **gériatre**, en cas d'hospitalisation ou institution, qui a toute sa place dans cette prise en charge en cas de comorbidités somatiques ou de dépendance physique ou cognitive (46), tout comme le **neurologue** dans le suivi des maladies neurodégénératives.

Un autre acteur majeur dans la prise en charge de la dépression du sujet âgé est le **psychiatre** dont le rôle consiste entre autres à assurer des consultations spécialisées pour le diagnostic et/ou les traitements des cas difficiles ou en l'absence de rémission complète ; en cas de rechute ou de récurrence et pour l'évaluation et la gestion de la crise suicidaire. Il peut assurer son suivi en ambulatoire ou en hospitalier et instaurer des thérapies complémentaires (psychothérapie, électroconvulsothérapie...) selon la nécessité (47)(48).

La HAS a établi un cahier des charges et des cadres référentiels pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (Personnes Âgées En risque de Perte d'Autonomie)(48). Une des trois stratégies thérapeutiques est sur le thème de la dépression et a montré une efficacité potentielle de l'ETP sur les résultats des soins ou recours aux soins. Le recours au spécialiste décrit, est alors nécessaire en cas de :

- Doute diagnostique,
- Suspicion d'un début de maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentée,
- Signes de gravité : dépression avec symptômes mélancoliques et/ou symptômes psychotiques (délire, hallucinations), risque, urgence et dangerosité suicidaires, risque

somatique lié à la dénutrition, la déshydratation ou l'amaigrissement > 5% du poids total, risque fonctionnel,

- Complexité du traitement selon les comorbidités,
- D'échec du traitement de première intention.

2. Prise en charge thérapeutique

a) *Psychothérapies et antidépresseurs*

La prise en charge thérapeutique de l'épisode dépressif s'adapte à son intensité comme le recours à la psychothérapie et aux antidépresseurs (49):

- Dans les formes d'intensité légère, la psychothérapie de soutien est recommandée en première intention.
- Dans les formes d'intensité modérée, la psychothérapie est recommandée en priorité plus ou moins associée au traitement antidépresseur.
- Dans les formes d'intensité sévère, la psychothérapie est directement associée au traitement antidépresseur.

Le développement de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies chez la personne âgée a permis de mettre en évidence l'efficacité des psychothérapies dans cette classe de population (50). Les psychothérapies ayant fait preuve d'efficacité dans la dépression du sujet âgé sont la psychothérapie de soutien (31), les thérapies cognitivo-comportementales (50) (51), les psychothérapies de résolution des problèmes (52) et les thérapies interpersonnelles (53). Il n'existe pas d'études probantes ayant démontré la supériorité d'une approche sur une autre.(50) Cependant dans une méta-analyse de 2014, l'association d'une psychothérapie avec un antidépresseur était plus efficace que de les utiliser chacun de façon isolée (54).

La prescription d'antidépresseurs (ATD) intervient à partir des formes modérées. Les méta-analyses d'essais comparatifs randomisés comparant les ATD à un placebo, ont montré qu'ils étaient efficaces dans le traitement de la personne âgée (55). Les taux de réponse ou de rémission seraient même similaires à ceux des jeunes adultes (56).

En ambulatoire, en l'absence d'indications particulières, la HAS recommande de prescrire en première intention un ISRS, un IRSNa ou éventuellement un antidépresseur appartenant à la classe des « autres antidépresseurs » (dont la mirtazapine et la miansérine) en raison de leur meilleure tolérance et de leur meilleure maniabilité.(57) Au sein de ces trois catégories, aucun d'entre eux n'est plus recommandé que les autres mais au vu des risques d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses qui sont différents entre les classes thérapeutiques, la

prescription doit en tenir compte et tenir compte des spécificités liées à l'âge et des comorbidités.

La réponse au traitement médicamenteux est plus lente chez le sujet âgé et doit être débuté à posologie plus faible avec une augmentation progressive jusqu'à la dose minimale efficace selon les recommandations d'octobre 2017 de la HAS (57).

Dans une méta-analyse de 2011, il a été montré la nécessité de poursuivre le traitement après la rémission des symptômes qu'il s'agisse d'une psychothérapie ou d'un traitement médicamenteux (58). Concernant la durée du traitement, celle-ci ne semble pas encore vraiment admise. En France, la HAS a établi des recommandations spécifiques aux sujets âgés qui préconisent un traitement d'au moins un an à cause du risque de rechute/récidive important (57). Dans une revue de la littérature publiée par Kok et al. dans le JAMA (Journal of the American Medical Association) en 2017, le traitement doit être poursuivi au moins un an après la rémission. Si un nouvel épisode survient, il faudra traiter pendant 2 ans et, en cas de troisième épisode, pendant 3 ans ou plus (56).

b) Sismothérapie, anxiolytiques/hypnotiques, neuroleptiques

En cas de formes sévères de dépression (mélancolique, contre-indication ou résistance au traitement (absence de réponse malgré 2 lignes de traitement bien conduites)), la *sismothérapie* est un traitement efficace de la dépression chez le sujet âgé. (59). L'efficacité de l'électroconvulsothérapie semble supérieure à celle du traitement antidépresseur, entre 60 et 80 % (60).

La prescription *d'anxiolytiques et d'hypnotiques* serait non systématique et surtout transitoire. Une liste établie par Laroche ML. Et al. permet de connaître les médicaments potentiellement inappropriés à éviter en gériatrie. Elle propose de limiter la posologie des benzodiazépines à demi-vie courte chez les patients de 75 ans et plus, à dose inférieure ou égale à celle proposée chez l'adulte jeune (61). Les benzodiazépines ou autres médicaments psychotropes apparentés ont de nombreux effets secondaires et un risque de dépendance (62). Selon les recommandations de la HAS, un traitement concomitant peut être justifié en début de traitement antidépresseur sur une durée de 2 semaines en cas d'agitation, d'anxiété ou d'insomnie invalidantes (57).

Concernant les *neuroleptiques*, ils réduisent les symptômes psychotiques dans les troubles du comportement liés à certaines maladies comme la schizophrénie par exemple. L'utilisation des neuroleptiques dans la prise en charge de l'EDC de la personne âgée est réservée aux formes sévères et concerne une prise en charge spécialisée.

c) Prise en charge médico-sociale

La prise en charge globale est importante pour lutter contre le cercle vicieux de l'isolement, de la solitude et de la dépression. Elle implique notamment la correction des déficits sensoriels, la prise en charge de la dénutrition, la rééducation physique, l'hygiène du sommeil mais comprend également des mesures sociales (club sénior, aides à domicile, réseau personne âgée), autant de choses à prendre en compte afin de maintenir l'autonomie et la qualité de vie de la personne âgée (51). Une collaboration étroite entre les différents intervenants (professionnels médicaux/paramédicaux, médecin généraliste, entourage familial, travailleurs sociaux...) est indispensable pour améliorer les conditions de vie et favoriser l'intégration sociale de la personne âgée dépressive.

G. Difficultés thérapeutiques

La prise en charge thérapeutique reste imparfaite. L'instauration d'un traitement médicamenteux et son suivi peuvent poser problèmes chez cette population polypathologique et exposée aux risques iatrogènes des psychotropes. Il faut savoir qu'en plus d'être sous-diagnostiquée, la dépression est aussi insuffisamment traitée avec des posologies insuffisantes et/ou avec une durée de traitement trop courte (< 6-8 semaines)(63). Dans une revue systématique et des méta-analyses comprenant 12 études observationnelles qui impliquaient des patients 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 en bonne santé, 33 % étaient déprimés et 21 % étaient décédés. Cela montre bien que sans traitement, le pronostic de la dépression chez les patients âgés est mauvais (56). Par ailleurs, les anxiolytiques et les hypnotiques sont encore régulièrement prescrits. Une personne sur 2 de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France. Sur les 10 millions de personnes âgées, 20 % consomment de façon chronique des hypnotiques ou anxiolytiques (64).

H. Justificatif de l'étude

La prévention et la prise en charge de la dépression du sujet âgé s'imposent comme une priorité de santé publique en raison de la prévalence élevée, des conséquences délétères et des impacts sanitaire, économique et social.

Peu d'études se sont intéressées à la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé de la part des médecins généralistes, pourtant ces derniers jouent un rôle central : ils doivent en faire

le diagnostic, encourager et soutenir le patient à participer aux activités de soins, initier les traitements et les maintenir à des doses et durées adaptées tout en traitant les problèmes annexes.

Dans ce cadre, cette étude vise à évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé. Ce travail s'inscrit dans un projet plus large, concernant également l'évaluation des pratiques de deux autres spécialités, notamment la psychiatrie et la gériatrie.

I. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

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

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire la compétence des médecins généralistes à diagnostiquer une dépression en mettant en évidence les tableaux les plus difficilement identifiés.
- Décrire les modalités d'utilisation des principaux outils d'aide au diagnostic.
- Identifier les limites rencontrées au cours de la prise en charge (adressage ou non au spécialiste, initiation ou non du traitement antidépresseur).
- Décrire le recours aux autres thérapeutiques possibles dans la dépression du sujet âgé.
- Comparer le diagnostic et la prise en charge globale entre les répondants formés ou non à la psychiatrie de la personne âgée.
- Comparer le diagnostic et la prise en charge globale entre les médecins généralistes et les internes en D.E.S. de médecine générale.

II. MATRIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit ici d'une étude descriptive transversale menée sur tout le territoire français entre le 20 septembre 2020 et le 31 décembre 2020.

B. Population étudiée

La population ciblée était l'ensemble des médecins généralistes et l'ensemble des internes en D.E.S. de médecine générale sur tout le territoire français dont les DOM-TOM.

Les médecins et internes de spécialité autre que celle visée ont été exclus de l'étude.

C. Mode de recueil des données

Les données ont été recueillies via un questionnaire conçu sous l'expertise d'un médecin gériatre et d'un médecin géronto-psychiatre. La méthodologie s'est inspirée d'un article du « Journal of Alzheimer disease » publié par l'équipe du Professeur Pierre Krolac Salmon concernant les bénéfices et les risques du diagnostic de la maladie d'Alzheimer en médecine générale et ce à partir de vignettes cliniques permettant d'affiner l'évaluation selon le cas présenté.

Le questionnaire (annexe 7) était constitué de quatre vignettes cliniques inspirées de situations cliniques réelles correspondant à un épisode dépressif d'expression différente.

✓ **Vignette numéro 1 : Dépression caractérisée post-deuil.**

« 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. »

✓ **Vignette numéro 2 : Dépression masquée par une plainte somatique.**

« 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, elle limite la participation à ses activités de loisirs (s'occuper des petits enfants, aller au club senior). Les imageries poussées ont seulement mis en évidence une arthrose peu évoluée au niveau du rachis lombaire. Elle vous dit se sentir épuisée. Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neurodégénérative connue à ce jour. »

✓ **Vignette numéro 3 : Dépression avec troubles cognitifs.**

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

✓ **Vignette numéro 4 : Dépression mélancolique.**

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

Le questionnaire était constitué de 49 questions réparties en 5 parties : diagnostic, orientation, attitude thérapeutique, prise en charge annexe et caractéristiques des répondants.

Les variables recueillies concernant les vignettes étaient :

- Diagnostic,
- Modalités diagnostiques (échelles de dépression),
- Arguments en faveur ou en défaveur à l'orientation au spécialiste,
- Arguments en faveur ou en défaveur à l'initiation du traitement antidépresseur,
- La prise en charge annexe : médicale (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques/antipsychotiques, sismothérapie), paramédicale (psychothérapie, nutrition, fonctionnelle (kinésithérapie, activités physiques), bilan mémoire) et sociale (aides à domicile, réseau personne âgée, club sénior).

La plupart des questions étaient fermées, à choix simple ou multiples. Une question concernant la prise en charge thérapeutique annexe était accompagnée d'un champ libre « Autre ».

Les variables recueillies concernant les répondants étaient :

- Spécialité médicale,
- Âge,
- Sexe,
- Ancienneté d'exercice (par tranches de cinq ans),

- Semestre en cours des internes (du 1^{er} semestre au 6^{ème} semestre d'internat),
- Lieu d'exercice (cabinet libéral, ambulatoire, hôpital, établissement pour personnes âgées),
- Département,
- Formation antérieure en psychiatrie de la personne âgée (oui/non),
- Besoin de formation (oui/non).

Le questionnaire a été testé en amont de l'envoi, par dix médecins généralistes afin de s'assurer de sa facilité de réponse, de sa cohérence et du bon recueil des réponses. Leurs réponses ont été exclues. Une moyenne de 10 minutes était nécessaire pour répondre au questionnaire.

D. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé via Google Form et rempli en ligne, accompagné d'une notice d'information présentant l'étude (annexe 8). Après un premier envoi du questionnaire, deux relances ont été réalisées à J-15 et J-30.

La diffusion du questionnaire a été faite au niveau national par l'intermédiaire des Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) et des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) principalement. Ces structures ont été contactées une par une par téléphone et par courrier électronique. La demande de diffusion a nécessité l'envoi d'une base explicative de l'étude et a été soumise à une commission d'évaluation par les membres du bureau pour la plupart des CDOM et URPS. La diffusion a aussi été réalisée grâce à l'aide des Sociétés Savantes ou associations médicales après demande d'autorisation auprès des bureaux et par l'intermédiaire des réseaux sociaux (groupes Facebook pré sélectionnés et choisis en fonction de leur pertinence). Une demande a aussi été réalisée auprès de chaque Département Universitaire de Médecine Générale de France (DUMG).

E. Analyses des données et méthode d'analyse statistiques des données

Une base Excel a été construite sur la base des données recueillies.

Pour les analyses descriptives, les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne, écart-type, minimum, maximum et médiane, et les variables qualitatives ont été décrites par les fréquences et pourcentages.

Pour les modalités diagnostiques selon les différentes vignettes cliniques, les répondants ont été répartis selon trois groupes, représentés dans les résultats selon un code couleur :

1. Diagnostic établi par les échelles de dépression seules (bleu).
2. Diagnostic établi par la clinique seule, sans échelle (jaune foncé) : soit par un examen clinique, soit par l'utilisation des critères diagnostiques ou les deux ; les critères diagnostiques correspondant aux critères du DSM-V et CIM-10 et ne constituant pas une échelle.
3. Diagnostic établi par la clinique et les échelles de dépression (orange).

Pour l'utilisation des échelles dépression selon les vignettes cliniques, plusieurs réponses/échelles étaient possibles et déclarées par chaque répondant, peu importe l'association ou non au diagnostic clinique. L'ensemble des échelles a été comptabilisé. L'ordre d'utilisation de ces dernières n'était pas connu.

Deux comparaisons ont été réalisées en créant deux sous-groupes : une première comparaison selon la formation en psychiatrie de la personne âgée (groupe des formés versus non-formés) et une seconde selon le statut (groupe des médecins versus internes).

Pour ces comparaisons, le test du Chi-2 a été utilisé pour les variables qualitatives, le test exact de Fischer pour les petits effectifs et le test de Student ou ANOVA pour les variables quantitatives.

Les variables concernant l'avis des répondants sur les arguments d'orientation et d'initiation du traitement (échelle de Lickert à 5 points, de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ») ont été trichotomisées pour évaluer les pourcentages d'accords avec les arguments proposés afin de s'intéresser uniquement aux extrêmes. Ainsi, les répondants ont été regroupés en trois classes : ceux ayant attribué une valeur de 0 sur l'échelle considérés comme « non-d'accords », ceux ayant attribué une valeur de 5 sur l'échelle considérés comme « d'accords » avec la proposition et les autres ayant attribué une valeur entre 1 et 4 considérés comme « peu sûrs » de leurs réponses.

La comparaison des arguments des sous-groupes a été réalisée en totalité mais décrite uniquement lorsqu'une différence apparaissait au sein de l'orientation ou de la prescription de l'antidépresseur selon les cas. Elle a été faite pour chaque argument suivant les variables : 0 versus les autres réponses (de 1 à 5) et 5 versus les autres réponses (de 0 à 4).

Les réponses « Ne sais pas » ont été exclues de l'analyse.

Les analyses statistiques ont été réalisées via le logiciel SPSS version 20 et le site en ligne « BiostaTGV ».

F. Éthique

Un avis au Comité d'Éthique de l'Université d'Aix-Marseille a été obtenu (N 2021 – 01 – 07 - 07, annexe 9).

Le questionnaire était rempli en ligne, de façon totalement anonyme.

Il a été précisé aux répondants que cliquer sur le lien « envoyer » faisait office de consentement.

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

III. RESULTATS

Un total de 1102 professionnels a répondu à l'étude (Figure 1).

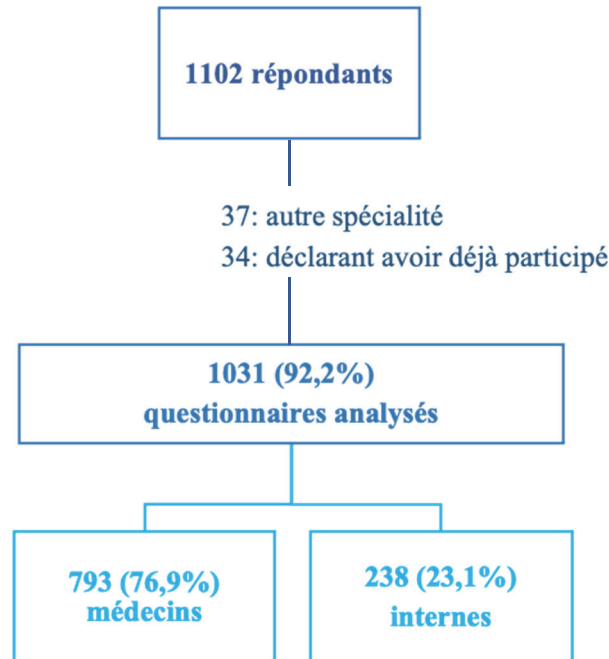


Figure 1_ Flow-chart.

Parmi les répondants, 37 ont déclaré ne pas être spécialistes en médecine générale et 34 ont déclaré avoir déjà participé à l'étude. Ces derniers ont été exclus. Le nombre de questionnaires analysés était de 1031.

Le taux de réponses n'était pas définissable, car nous ne disposions pas à chaque fois du nombre exact de mails envoyés aux médecins et internes de chaque département.

A. Descriptifs des répondants

Parmi les répondants, 76,9 % (n=793) étaient des médecins généralistes et 23,1 % (n=238) internes en D.E.S. de médecine générale.

Les participants étaient majoritairement des femmes (70,4 %). L'âge moyen des répondants était de 37 ans \pm 12 ans (Tableau 1).

Tableau 1 _ Caractéristiques des répondants.

Caractéristiques des participants	Médecins (N=793)	Internes (N=238)	Total (N=1031)	p
Sexe				
Femme	67,1 % (532)	81,5 % (194)	70,4 % (726)	<0,05
Lieu d'exercice				
Cabinet libéral seul	82,5 % (654)	52,1 % (124)	75,4 % (778)	<0,05
Établissement de santé hospitalier seul	5,5 % (44)	23,1 % (55)	9,6 % (99)	<0,05
Établissement de santé ambulatoire seul	2,3 % (18)	5 % (12)	2,9 % (30)	<0,05
Établissements pour personnes âgées seul	1 % (8)	0,4 % (1)	0,9 % (9)	0,69
Activité mixte	8,7 % (69)	19,4 % (46)	11,2 % (115)	<0,05
Âge				
Moyenne d'âge (ans) (écart-type)	40 ± 13	27 ± 2	37 ± 12	<0,05
Minimum - Maximum	24-74	23-44	23-74	
Médiane	35	27	32	
Ancienneté d'exercice des médecins				
Moins de 5 ans	46,9 % (372)			
5 à 10 ans	17,3 % (137)			
10 à 20 ans	12,1 % (96)			
Plus de 20 ans	23,7 % (188)			
Semestres des internes				
Phase socle	S1	18,1 % (43)	22,7 % (54)	
	S2	4,6 % (11)		
Phase d'approfondissement	S3	21,4 % (51)	77,3 % (184)	
	S4	4,6 % (11)		
	S5	28,6 % (68)		
	S6	22,7 % (54)		
Formation à la psychiatrie du sujet âgé				
Formés	16,8 % (133)	10,9 % (26)	15,4 % (159)	<0,05
Ressentant un besoin de formation à la psychiatrie du sujet âgé	74,5 % (591)	94,5 % (225)	79,1 % (816)	<0,05

Près de la moitié des médecins (46,9 %) étaient des jeunes médecins avec une ancienneté inférieure à 5 ans tandis que 23,7 % exerçaient depuis plus de 20 ans. Le reste des médecins, soit presque un tiers des répondants, avait une ancienneté comprise entre 5 et 20 ans (17,3 % entre 5 et 10 ans et 12 % entre 10 et 20 ans).

La majorité des internes était en phase d'approfondissement (77,3 %), dont plus de la moitié en dernière année d'internat, un quart en deuxième année et un sur cinq en phase Socle.

La majorité (75,4 %) des répondants exerçait en cabinet libéral, cela était vrai surtout pour les médecins (82,5 %).

Un répondant sur dix exerçait uniquement en établissement hospitalier.

Seulement 8 médecins exerçaient uniquement en établissement pour la personne âgée. Parmi les 115 répondants (11.2 %) ayant une activité mixte, la moitié exerçait en cabinet libéral et en établissement hospitalier et un sur trois en cabinet libéral et en établissements de la personne âgée.

La répartition des répondants sur le territoire national n'était pas uniforme (Figure 2).

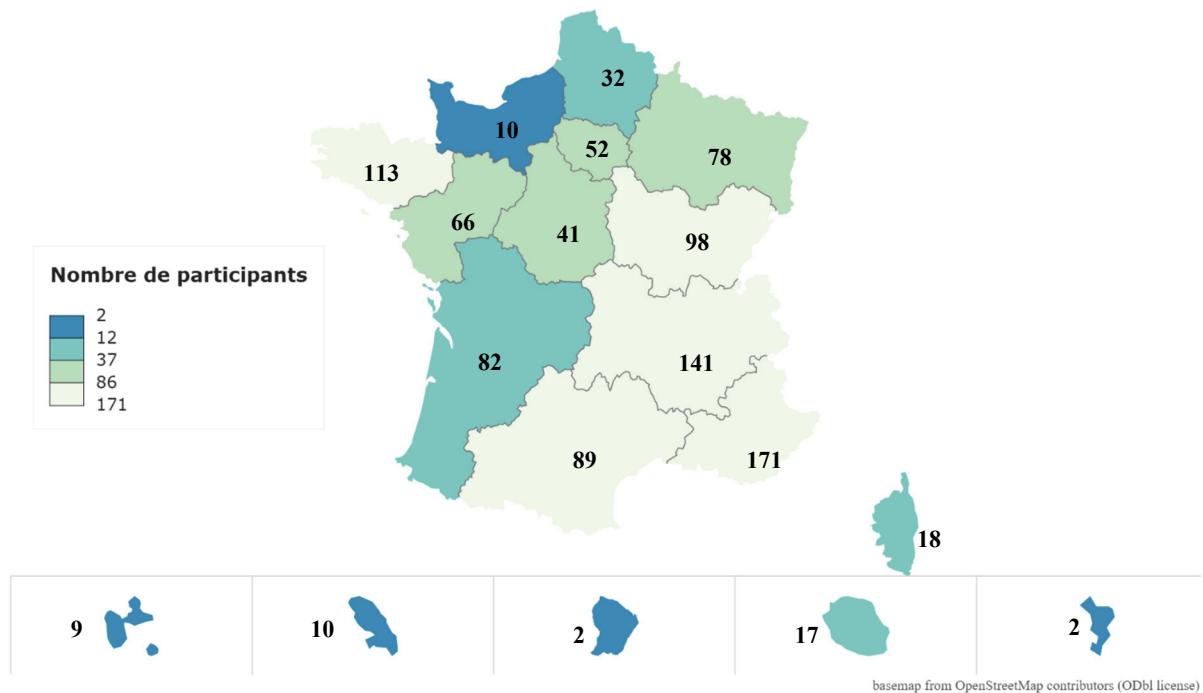


Figure 2 _ Répartitions nationales des répondants.

Certains CDOM, DUMG et URPS n'ont pas pu participer à l'étude en raison de problèmes techniques, du contexte sanitaire ou encore d'un nombre trop important de demandes, privilégiant ainsi les étudiants de leur région.

Les régions les plus participatives étaient la région Provence-Alpes-Côte-D'azur (16,6 %), la région Auvergne-Rhône-Alpes (13,7 %) et la Bretagne (11 %). Les régions d'Outre-Mer comptaient 40 répondants au total, dont 17 pour la Réunion et 10 pour la Martinique.

Des 95 départements ayant participé à cette étude, 89 départements avaient au moins 2 répondants (annexe 10) :

- 84 répondants dans les Bouches-du-Rhône,
- 46 répondants en Ille-et-Vilaine,
- 40 répondants en Isère,
- 38 répondants en Saône-et-Loire,
- 37 répondants en Maine-et-Loire et dans le Rhône.

Qu'ils soient médecins généralistes ou internes, la grande majorité (84,6 %) déclarait qu'ils n'étaient pas formés en psychiatrie du sujet âgé.

B. Prise en charge globale de la dépression selon les vignettes cliniques

1. Diagnostic des différentes formes

La vignette clinique « dépression post-deuil » a été diagnostiquée par presque la totalité (98,4%) des répondants (Figure 3).

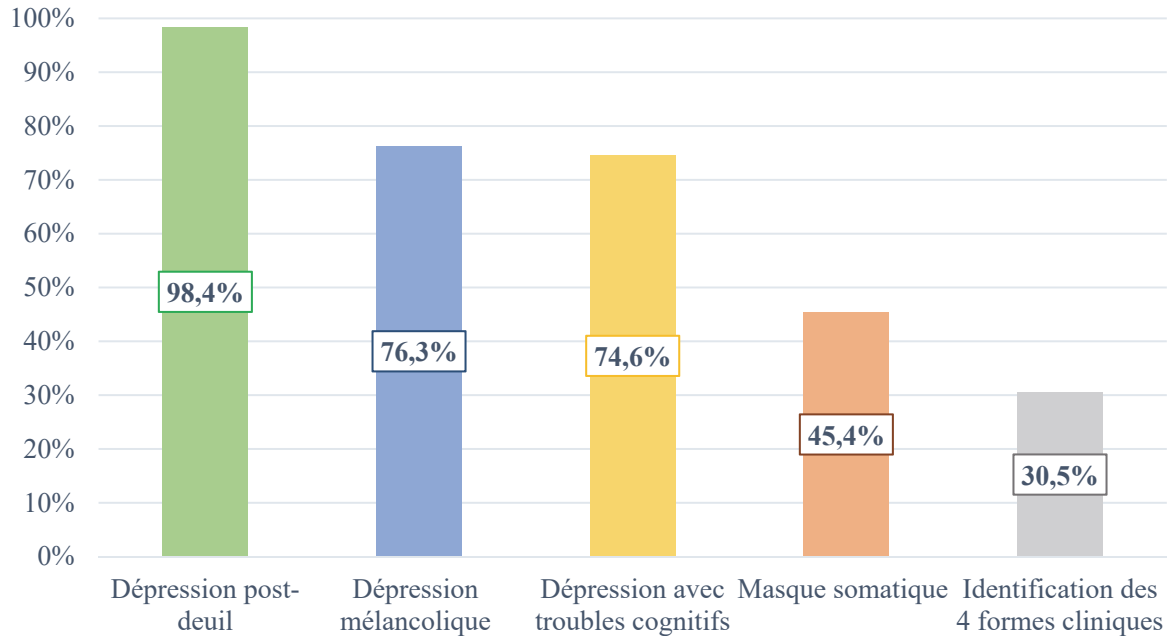


Figure 3 _ Formes cliniques diagnostiquées en tant que dépression.

La dépression mélancolique et la dépression avec troubles cognitifs ont été aussi majoritairement repérées, par respectivement 76,3 % et 74,6 % des répondants.

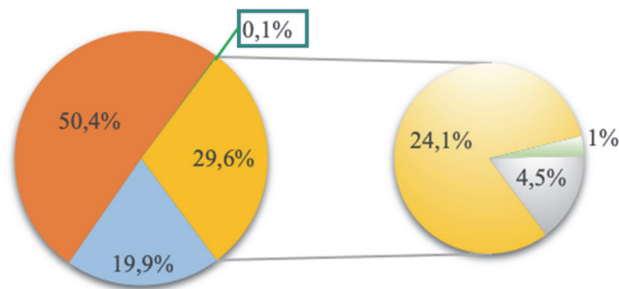
Le diagnostic de la dépression masquée par une plainte somatique a été repéré par 45,4 % des répondants.

Seulement un tiers des répondants à l'étude avaient identifié les quatre vignettes cliniques.

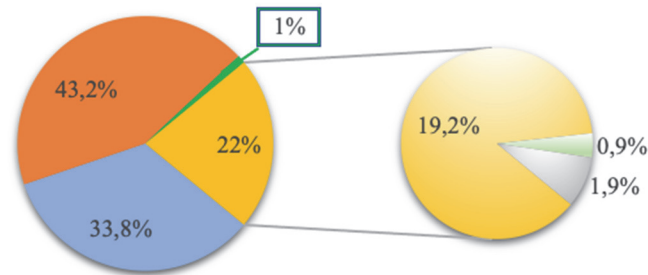
a) Modalités diagnostiques

Pour l'ensemble des vignettes cliniques, entre 43,2 % et 50,4 % des répondants selon les vignettes ont établi les diagnostics de dépression avec un **diagnostic clinique et l'utilisation d'échelles de dépression** (Figure 4).

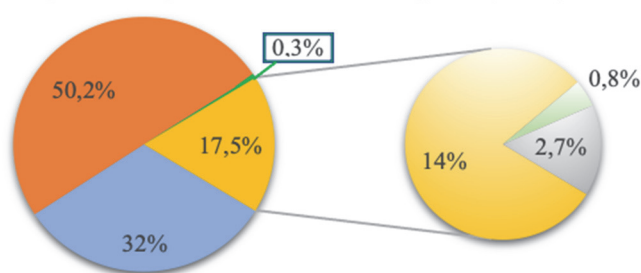
Vignette 1: Dépression caractérisée post-deuil (n=1015)



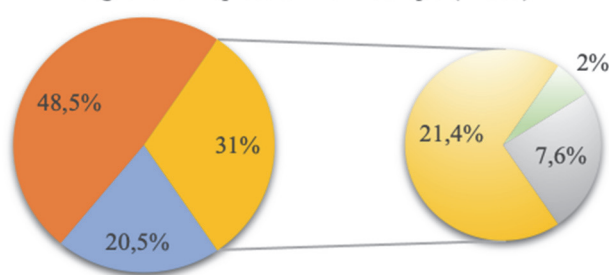
Vignette 2: Dépression masquée par une plainte somatique (n=468)



Vignette 3: Dépression avec troubles cognitifs (n=769)



Vignette 4: Dépression mélancolique (n=787)



- Diagnostique établi par les échelles de dépression seules
- Ni diagnostic clinique ni échelle
- Examen clinique seul
- Examen clinique + critères diagnostiques
- Diagnostique établi par la clinique et les échelles de dépression
- Diagnostique établi par la clinique seule
- Critères diagnostiques seuls

Figure 4 _ Modalités de diagnostics des répondants selon les vignettes cliniques.

L'utilisation d'**échelles seules** a été davantage déclarée dans le cas du diagnostic de la *dépression masquée par une plainte somatique* (33,8 %) et de la *dépression avec troubles cognitifs* (32 %), vignettes 2 et 3.

Le diagnostic établi par la **clinique seule** était davantage utilisé dans le cas de la *dépression post-deuil* (29,6 %) et la *dépression mélancolique* (31 %), vignettes 1 et 4.

Parmi ceux ayant diagnostiqué les différentes dépressions, plus de deux tiers des répondants ont utilisé une ou plusieurs échelles pour la dépression post-deuil et la dépression mélancolique (respectivement 70,3 %, n=714 et 69 %, n=543). Plus de trois quarts des répondants les ont utilisées pour la dépression masquée et la dépression avec troubles cognitifs (respectivement 76,9 %, n=360 et 82,2 %, n=632).

Toutes vignettes confondues, les échelles les plus fréquemment citées étaient l'échelle d'Hamilton, la mini-GDS et l'échelle GDS-15 (Figure 5) :

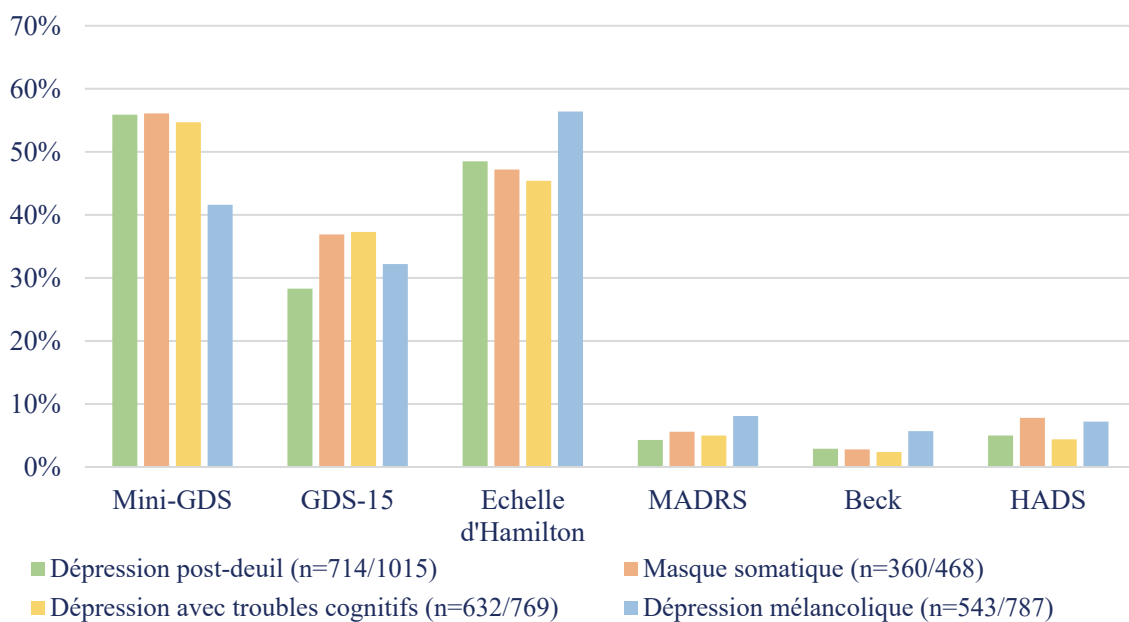


Figure 5 _ Utilisation des différentes échelles selon les vignettes cliniques parmi ceux ayant diagnostiqué la dépression.

Pour la dépression post-deuil, avec masque somatique et avec troubles cognitifs (vignettes 1, 2 et 3), plus de la moitié des répondants, respectivement 55,9 % (n=399), 56,1 % (n=202), 54,7 % (n=346), déclaraient avoir utilisé la mini-GDS, faisant d'elle l'échelle la plus utilisée pour ces vignettes cliniques. L'échelle d'Hamilton était aussi davantage citée que les autres échelles par presque la moitié des répondants (de 45,4 %, n=287 à 48,5 %, n=346 selon les vignettes).

Pour la dépression mélancolique (vignette 4), l'échelle déclarée la plus utilisée était l'échelle d'Hamilton, citée par 56,4 % (n=306) des répondants tandis que moins de la moitié des répondants (41,6 %, n=226) déclaraient avoir utilisé la mini-GDS.

Toutes vignettes confondues, l'échelle GDS-15 était la troisième échelle déclarée la plus utilisée par presque, voire plus d'un tiers des répondants, de 28,3 % (n=202) à 37,3 % (n=236).

Pour l'ensemble des vignettes cliniques, moins de 10 % des répondants déclaraient avoir utilisé les échelles MADRS, de Beck et l'HADS.

Les pourcentages des échelles le plus souvent utilisées **individuellement** étaient : l'échelle d'Hamilton entre 19,4 % et 33,1 %, la Mini-GDS entre 14,7 % et 25,8 %, la GDS-15 entre 6,3 % et 11,7 % et moins de 3 % pour les échelles MADRS, Beck et HADS selon les vignettes (Figure 6).

Vignettes numéro 1 (N=714)

225 personnes utilisaient 2 échelles de dépression.

42 personnes utilisaient trois échelles dont 24 utilisant "Mini-GDS, GDS-15 et Hamilton".

Échelles	Mini-GDS	GDS 15	Hamilton	MADRS	Beck	HADS
Mini-GDS	25,8%					
GDS 15	10,9%	6,3%				
Hamilton	11,8%	4,5%	25,3%			
MADRS	0,6%	0,4%	0,1%	2,1%		
Beck	0,7%	0,1%	0,3%	0%	1,0%	
HADS	0,4%	0,4%	1,1%	0%	0,1%	1,5%

Vignettes numéro 2 (N=360)

138 personnes utilisaient deux échelles de dépression.

25 personnes utilisaient trois échelles dont 13 utilisant "Mini-GDS, GDS-15 et Hamilton".

Échelles	Mini-GDS	GDS 15	Hamilton	MADRS	Beck	HADS
Mini-GDS	18,1%					
GDS 15	13,9%	11,7%				
Hamilton	14,2%	3,6%	19,4%			
MADRS	1,4%	0,6%	0,3%	1,4%		
Beck	0,0%	0,0%	1,1%	0%	0,6%	
HADS	1,4%	1,1%	0,8%	0%	0,0%	2,2%

Vignette numéro 3 (N=632)

218 personnes utilisaient deux échelles de dépression.

43 personnes utilisaient trois échelles dont 24 utilisant "Mini-GDS, GDS-15 et Hamilton".

Échelles	Mini-GDS	GDS 15	Hamilton	MADRS	Beck	HADS
Mini-GDS	21,2%					
GDS 15	13,4%	11,1%				
Hamilton	11,7%	4,7%	21,5%			
MADRS	0,8%	0,3%	0,5%	1,9%		
Beck	0,2%	0,2%	0,0%	0%	0,6%	
HADS	0,9%	1,3%	0,3%	0%	0,2%	1,6%

Vignette numéro 4 (N=543)

166 personnes utilisaient deux échelles de dépression.

35 personnes utilisaient trois échelles dont 20 utilisant "Mini-GDS, GDS-15 et Hamilton".

Échelles	Mini-GDS	GDS 15	Hamilton	MADRS	Beck	HADS
Mini-GDS	14,7%					
GDS 15	11,0%	7,4%				
Hamilton	7,6%	3,9%	33,1%			
MADRS	0,4%	0,7%	1,7%	2,8%		
Beck	0,2%	0,2%	0,7%	0%	1,1%	
HADS	1,1%	0,7%	1,5%	0,2%	0,0%	1,8%



Échelle utilisée individuellement. (N=xx, Nombre de participants ayant utilisé une ou plusieurs échelles)

Figure 6 _ Utilisation individuelle et combinée des différentes échelles selon les vignettes.

Cependant, lorsque les répondants utilisaient deux échelles, les combinaisons déclarées étaient majoritairement réalisées avec les trois échelles suscitées.

Pour les vignettes 1 et 2, la combinaison la plus utilisée était celle des échelles « Mini-GDS et Hamilton » par respectivement 11,8 % (n=84 /714) et 14,2 % (n=51 /360) des répondants.

Pour les vignettes 3 et 4, la combinaison la plus déclarée était les échelles « Mini-GDS et GDS-15 » par respectivement 13,4 % (n=85 /632) et 11 % (n=60 /543) des répondants.

b) Orientation, choix du spécialiste, choix de la structure

Parmi les répondants ayant diagnostiqué une dépression, l'orientation au spécialiste variait selon les vignettes cliniques (Figure 7) :

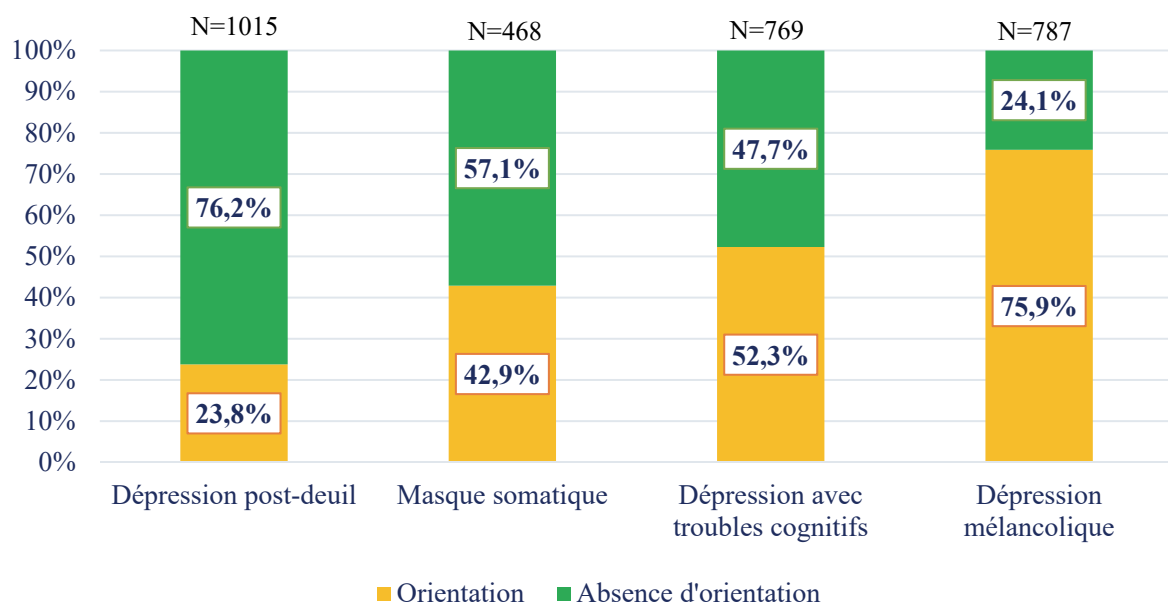


Figure 7 _ Orientation ou non au spécialiste en fonction des vignettes, parmi ceux ayant diagnostiqué une dépression.

La *dépression post-deuil* était la dépression ayant suscité le moins d'adressage (moins d'un tiers des répondants (23,8 %, n=242/1015) suivie de la *dépression masquée* avec moins de la moitié des répondants (42,9 %, n=201/468).

La *dépression avec troubles cognitifs* a suscité un adressage beaucoup plus important avec plus de la moitié (52,3 %, n=402/769) des répondants orientant le patient au spécialiste.

Plus de trois quarts des répondants (75,9 %, n= 597/787) ont déclaré orienter leur patient pour la *dépression mélancolique*, faisant d'elle le cas le plus orienté.

(1) Arguments en faveur de l'orientation au spécialiste

L'intérêt de la prise en charge conjointe était l'argument principal d'orientation au spécialiste (de 43,2 % à 51,1 % de « tout à fait d'accord ») (TAF) contre 0,5 % à 1,9 % de « pas du tout d'accord » (PDT) selon les 4 formes de dépression (Figure 8).

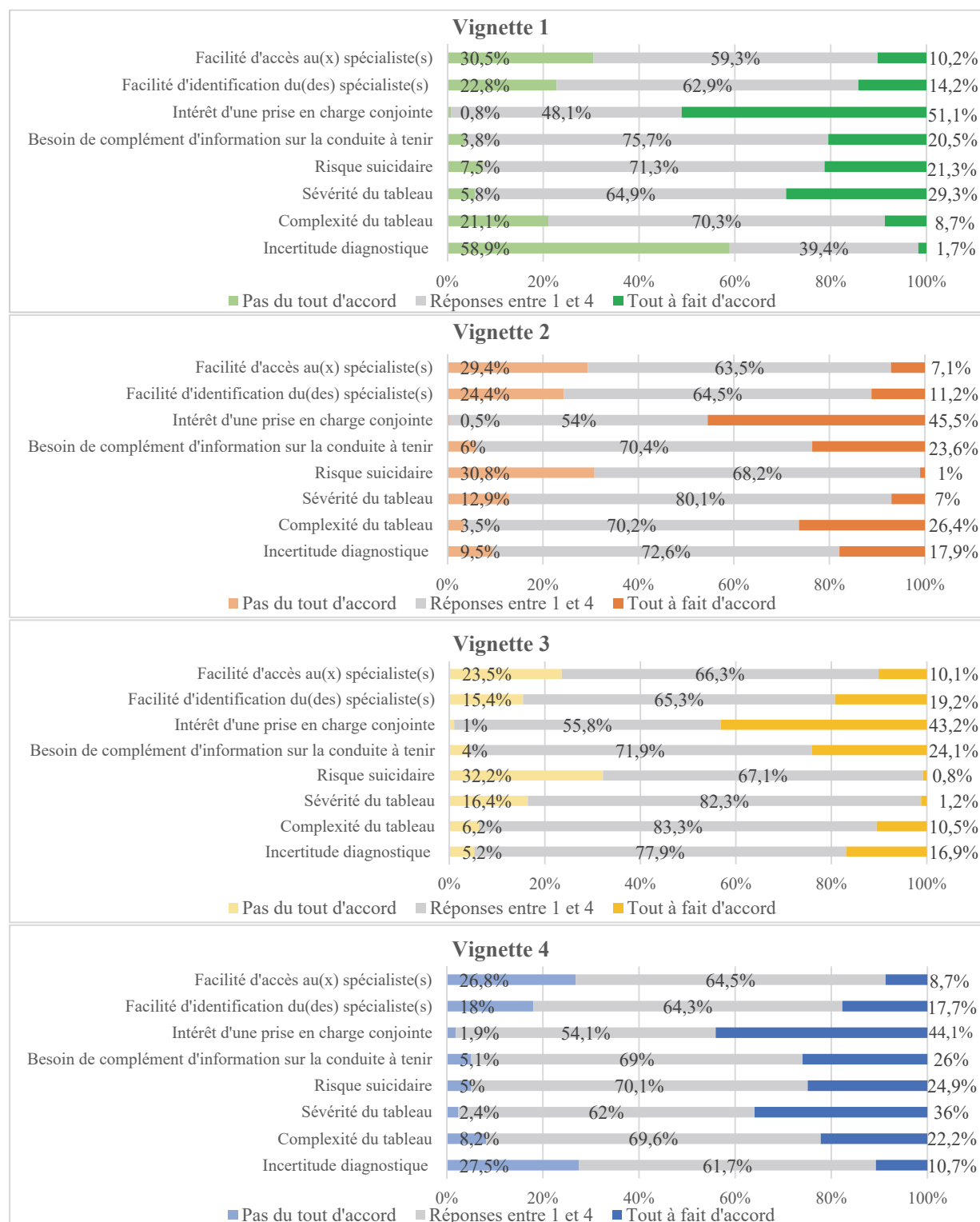


Figure 8 _ Arguments en faveur de l'orientation au spécialiste. « Pas du tout d'accord » versus « Tout à fait d'accord ».

Le **besoin de complément d'information** était aussi déclaré par presque un quart des répondants sur l'ensemble des vignettes (de 20,5 % à 26 % TAF contre de 3,8 % à 6 % PDT).

Pour la *dépression post-deuil*, c'était la **sévérité du tableau** (29,3 % TAF contre 5,8 % PDT) et le **risque suicidaire** (21,3 % TAF contre 7,5 % PDT) qui prédominaient après l'intérêt de la prise en charge conjointe.

Pour la *dépression mélancolique*, le **tableau sévère** était aussi déclaré par plus d'un tiers des répondants (36 % TAF contre 2,4 % PDT) et le **risque suicidaire** par ¼ des répondants (24,9 % TAF contre 5% PDT). La dépression mélancolique était par ailleurs déclarée **complexe** par 1/5^{ème} des répondants (22,2 % TAF contre 8,2 % PDT).

L'**incertitude diagnostique** ne semblait pas être prise en compte pour ces deux vignettes (respectivement 58,9 % PDT contre 1,7% TAF pour la vignette 1 et 27,5 % PDT contre 10,7 % TAF pour la vignette 4).

Pour la *dépression masquée*, plus d'un quart des participants déclarait trouver le **tableau complexe** (26,4 % TAF contre 3,5 % PDT) et l'**incertitude diagnostique** (17,9 % TAF contre 9,5 % PDT) constituaient deux arguments majoritaires à l'orientation.

Nous retrouvions ces deux arguments dans la *dépression avec troubles cognitifs* avec 1/6^{ème} des répondants déclarant également l'**incertitude diagnostique** (16,9 % TAF contre 5,2 % PDT) et une personne sur dix pour la **complexité** du tableau (10,5 % TAF contre 6,2 % PDT). La **facilité d'identification du spécialiste** ne ressortait que dans cette forme de dépression (19,2 % TAF contre 15,4 % PDT).

Le **risque suicidaire** ne semblait pas prédominer pour ces deux vignettes (30,8 % PDT contre 1 % TAF pour la vignette 2 et 32,2 % PDT contre 0,8 % TAF pour la vignette 3).

Dans aucune des vignettes cliniques, la **facilité d'accès au spécialiste** constituait un argument d'orientation (de 23,5 % à 30,5 % PDT contre 7,1 % à 10,2 % TAF).

(2) Arguments en défaveur de l'orientation au spécialiste

L'argument principal en défaveur de l'orientation était la **difficulté d'accès au(x) spécialiste(s)** (de 26,3 % à 34 % TAF contre 9,9 % à 16,6 % PDT) selon les vignettes (Figure 9).

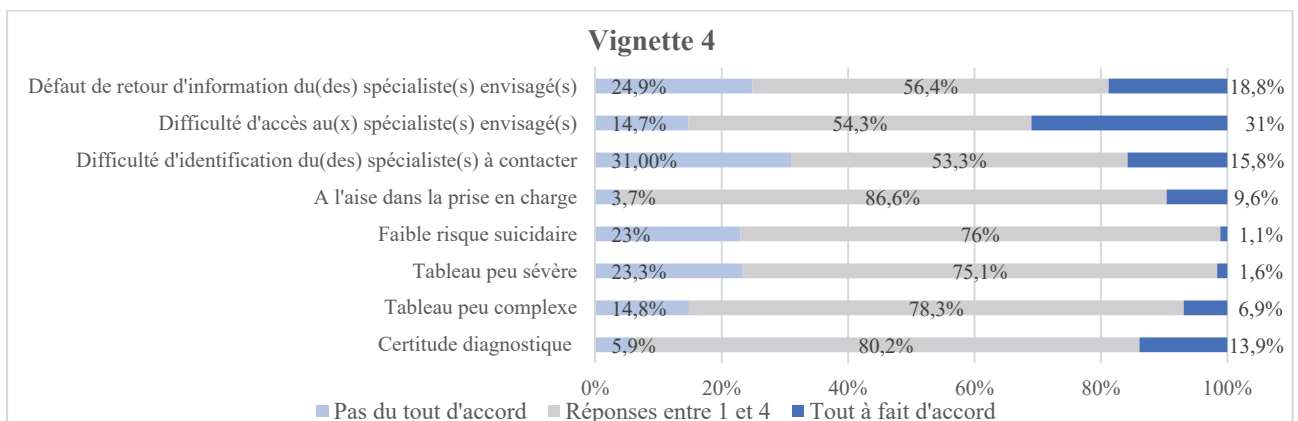
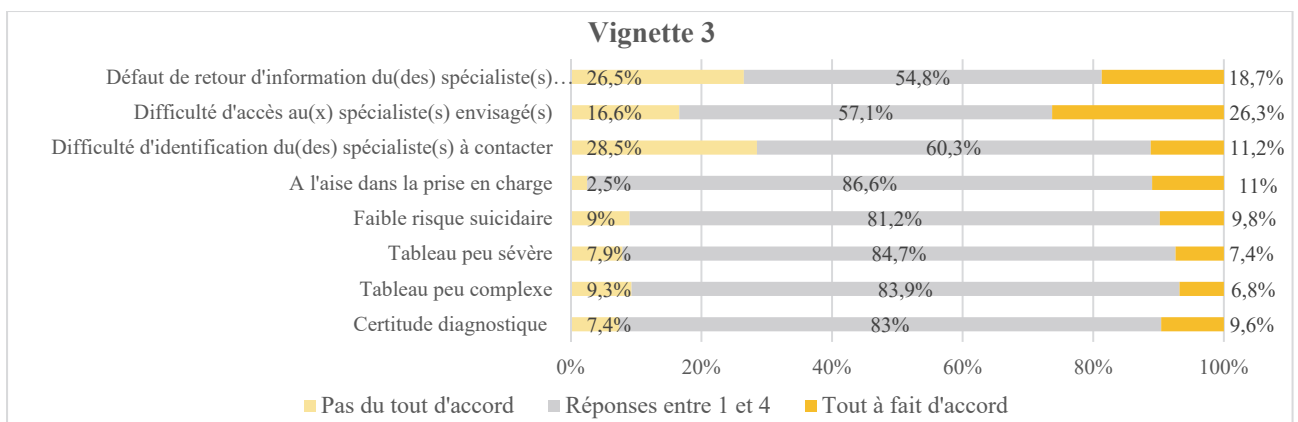
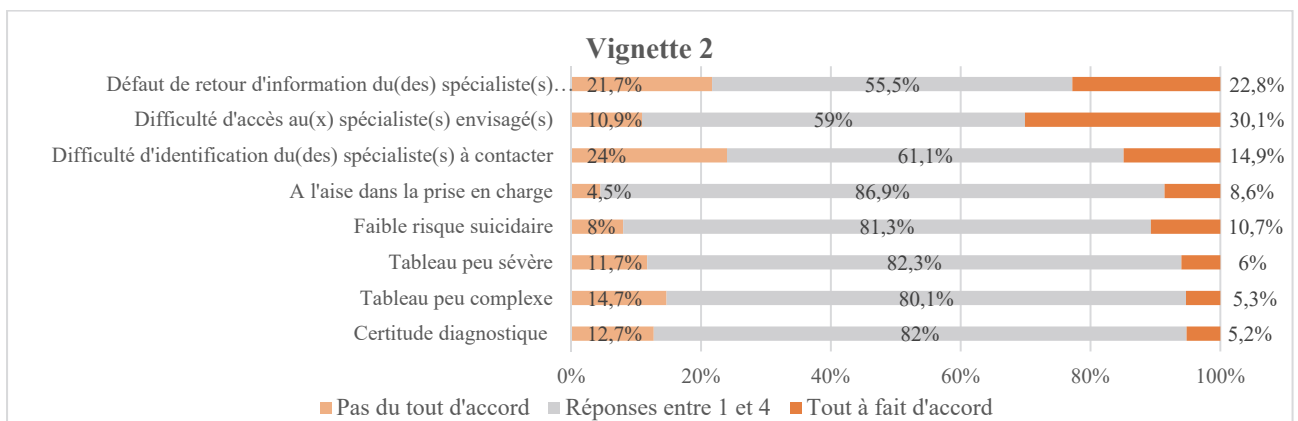
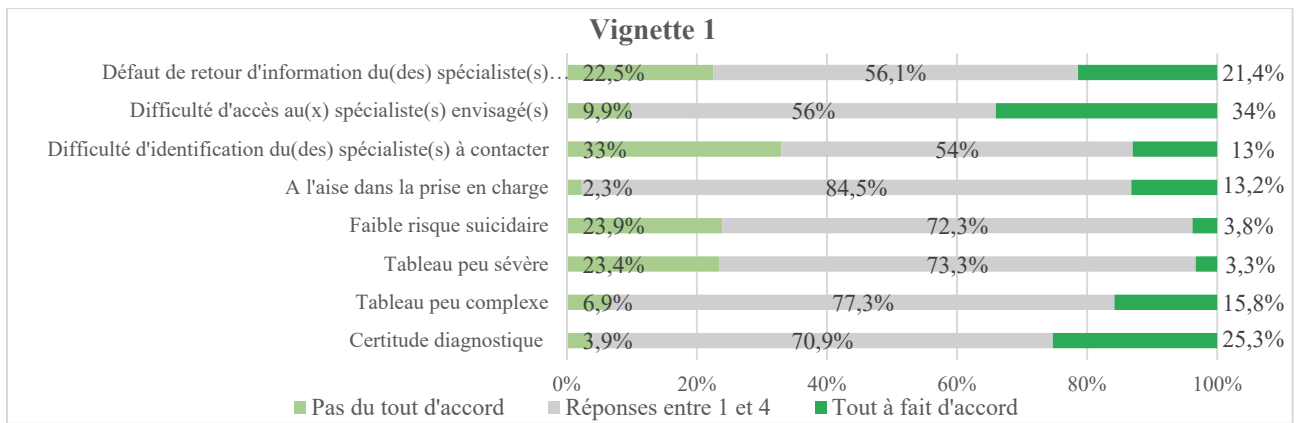


Figure 9 _ Arguments en défaveur de l'orientation au spécialiste. « Pas du tout d'accord » versus « Tout à fait d'accord ».

La **certitude diagnostique** était l'argument majoritairement cité pour l'absence d'orientation à la *dépression post-deuil* (25,3 % TAF contre 3,9 % PDT) et la *dépression mélancolique* (13,9 % TAF contre 5,9 % PDT). Elle était moindre dans la *dépression avec troubles cognitifs* (9,6 % TAF contre 7,4 % PDT). Le **tableau peu complexe** ressortait davantage dans la *dépression post-deuil* (15,8 % TAF contre 6,9 % PDT) que dans les autres cas où il ne justifiait pas l'absence d'orientation (de 9,3 % à 14,8 % PDT contre 5,3 % à 6,9 % TAF).

Le **défaut de retour d'information du spécialiste** était un argument uniquement cité pour la *dépression masquée* (22,8 % TAF contre 21,7 % PDT) que l'on ne retrouvait pas dans les autres cas (de 22,5 % à 26,5 % PDT contre 18,7 % à 21,4 % TAF).

Le **faible risque suicidaire** se distinguait surtout dans la *dépression masquée* (10,7 % TAF contre 8 % PDT) et dans la *dépression avec troubles cognitifs* (9,8 % TAF contre 9 % PDT) et ne se justifiait pas dans la *dépression post-deuil* (23,9 % PDT contre 3,8 % TAF) ni la *dépression mélancolique* (23 % PDT contre 1,1 % TAF).

Le **fait d'être à l'aise dans la prise en charge** était un argument cité dans l'ensemble des vignettes par quelques participants (de 8,6 % à 13,2 % TAF contre 2,3 % à 4,5 % PDT) selon les cas.

L'absence d'orientation n'était pas justifiée pour l'ensemble des vignettes par la **difficulté d'identification du spécialiste à contacter** (de 24 % à 33 % PDT contre 11,2 % à 15,8 % TAF) ni par la **faible sévérité** des tableaux (de 7,9 % à 23,4 % PDT contre 1,6 % à 7,4 % TAF).

c) Choix du spécialiste

Parmi les répondants ayant fait le choix d'orienter (Figure 10), le *géronto-psychiatre* était le spécialiste de référence pour la *dépression post-deuil* (60,7 %, n=147) et la *dépression masquée* (46,3 %, n=93), (Annexe 11, tableau 2).

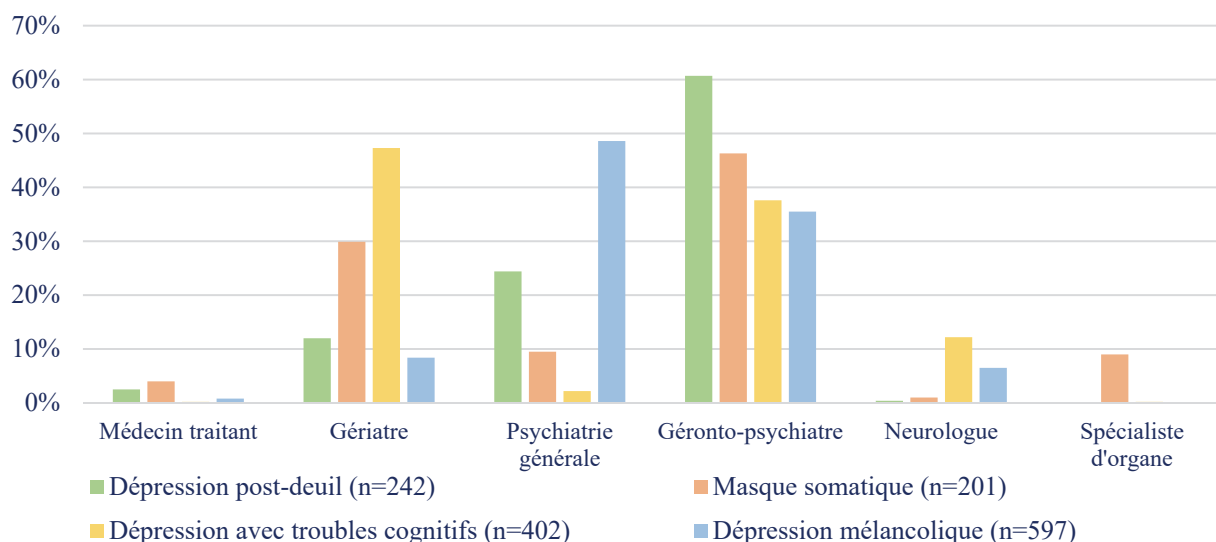


Figure 10 _ Spécialiste choisi en fonction des vignettes (une seule réponse possible), parmi ceux ayant orienté le patient vers le spécialiste.

Le *gériatre* était majoritairement déclaré pour la *dépression avec troubles cognitifs* (47,3 %, n=190) devant le *géro-psycho-geriatrie* (37,6 %, n=151) et le *neurologue* (12,2 %, n=49). Le *psychiatre* (48,6 %, n=290) était cité davantage pour la *dépression mélancolique* devant le *géro-psycho-geriatrie* (35,5 %, n=212) et le *neurologue* 6,5 %, n=39).

d) Choix de la structure

Le **cabinet libéral** a été choisi par 44,6 % (n=108) des répondants pour le suivi de la *dépression post-deuil* devant le CMP (38 %, n=92) et l'hôpital de jour (28,9 %, n=70). L'hospitalisation complète était citée seulement par 1 répondant sur 10. (Figure 11).

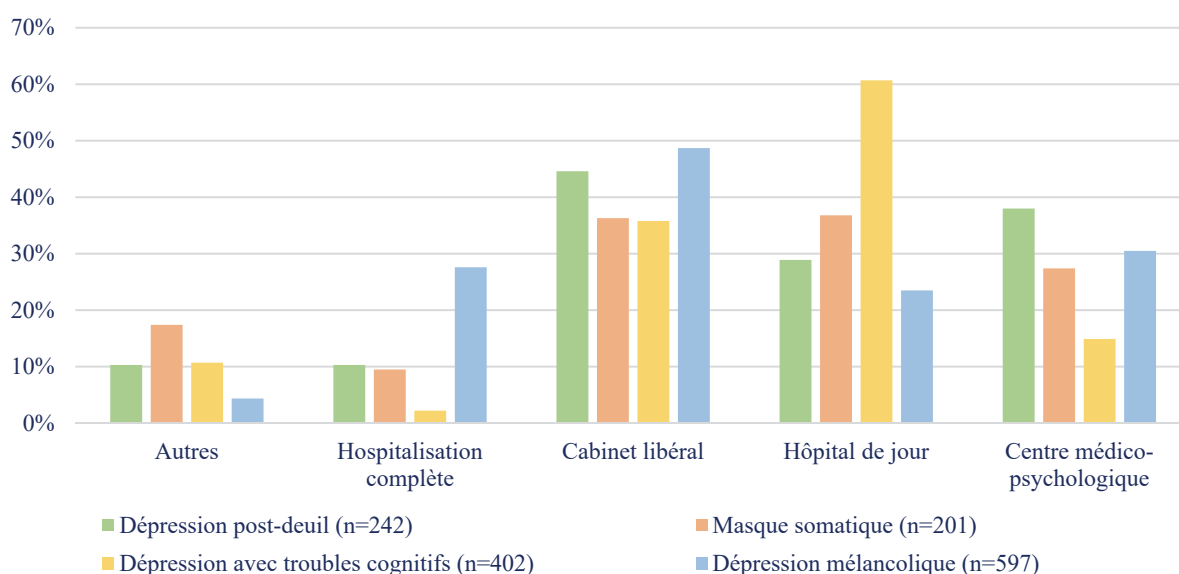


Figure 11 _ Structures d'orientation selon les vignettes cliniques (plusieurs réponses possibles), parmi ceux ayant orienté le patient vers le spécialiste.

L'**hôpital de jour** était le choix de référence pour le suivi de la *dépression avec masque somatique* pour plus d'un tiers des répondants (36,8 %, n=74) suivi de très près par le cabinet libéral (36,3 %, n=73). L'**hôpital de jour** a été également choisi par 60,7 % (n=244) des répondants pour le suivi de la *dépression avec troubles cognitifs* devant le cabinet libéral (35,8 %, n=144) et le CMP (14,9 %, n=60).

Presque la moitié d'entre eux (48,7 %, n=291) ont choisi le **cabinet libéral** pour le suivi de la *dépression mélancolique* devant le CMP (30,5 %, n=182) et l'hôpital de jour (23,5 %, n=140). L'**hospitalisation complète** n'arrivant qu'en troisième position citée par moins d'un tiers des répondants (27,6 %, n=165).

Concernant les autres structures d'orientation, pour l'ensemble des vignettes, les répondants ont évoqué principalement les équipes mobiles psychiatriques de la personne âgée (EMPPA), les unités mobiles intersectorielles de géro-psi-chiatrie (UMIGP). L'orientation vers une consultation mémoire a été évoquée pour les vignettes 1, 3 et 4 et vers un centre antidouleur pour la vignette numéro 2. Seul un répondant a évoqué les urgences/CAP 48 pour la vignette numéro 4.

e) Initiation ou non au traitement antidépresseur

Parmi les répondants ayant diagnostiqué une dépression, la prescription du traitement antidépresseur a été plus ou moins uniforme selon les vignettes cliniques (Figure 12) :

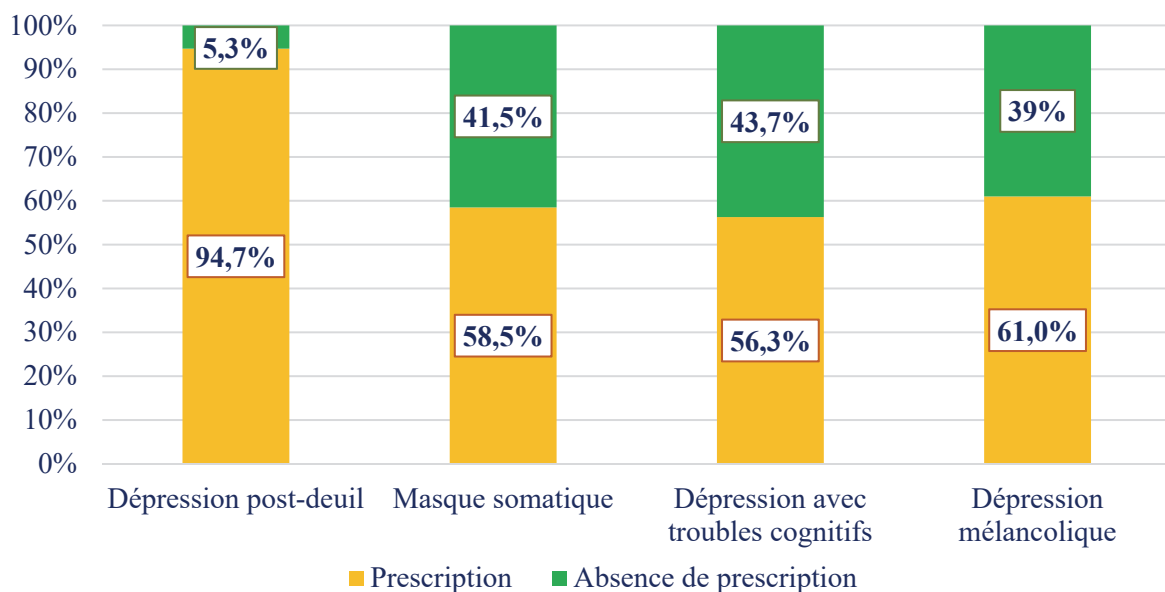


Figure 12 _ Initiation ou non du traitement antidépresseur en fonction des vignettes.

Dans le cas de la *dépression post-deuil*, la quasi-totalité des répondants (94,7 %, n=961) ont indiqué initier un traitement antidépresseur. Dans les autres cas, la prescription d'un antidépresseur a été réalisée dans plus de la moitié des cas selon les vignettes (de 56,3 %, n= 433 pour la vignette 3, 58,5 %, n=274 pour la vignette 2, à 61 %, n=480 pour la vignette 4).

Nous nous sommes alors interrogés sur le pourcentage d'orientation en fonction de la prescription ou non du traitement antidépresseur (Tableau 3).

Tableau 3_ Orientation au spécialiste parmi les répondants ayant prescrit ou non un traitement antidépresseur.

Orientation au spécialiste % (N)	Non-prescripteurs % (N)	Prescripteurs % (N)	p
Dépression post-deuil	N= 54	N=961	
Oui	50 % (27)	22.3 % (215)	<0.0001
Dépression masquée	N=194	N= 274	
Oui	53.6 % (104)	35.4 % (97)	<0.0001
Dépression avec troubles cognitifs	N=336	N=433	
Oui	69.9 % (235)	38.6 % (167)	<0.0001
Dépression mélancolique	N=307	N=480	
Oui	93.2 % (286)	64.8 % (311)	<0.0001

Parmi les répondants non-prescripteurs, le taux d'orientation (de 50 % à 93,2 %) était supérieur à celui des prescripteurs (de 22,3 % à 64,8 %). De plus, parmi les répondants qui prescrivait un antidépresseur, ils étaient moins nombreux à orienter vers le spécialiste pour les trois premières vignettes (de 22,3 % à 38,6 % d'orientation contre 61,4 % à 77,7 % de non-orientation, $p < 0,0001$), tandis que pour la dépression mélancolique, ils étaient plus nombreux (64,8 %, contre 35,2 % $p < 0,0001$).

(1) Arguments en faveur de la prescription d'un antidépresseur

Quelles que soient les vignettes, la raison de la prescription d'un antidépresseur la plus fréquemment évoquée était le fait que la **prescription initiale relevait de leurs compétences** (de 24,3 % à 31,4 % TAF contre 0,7 % à 3 % PDT) (Figure 13).

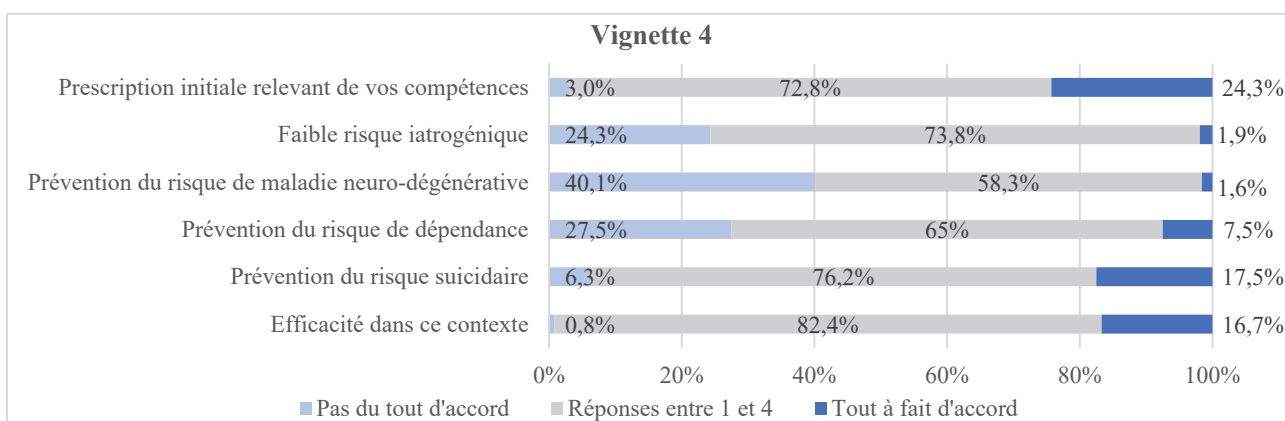
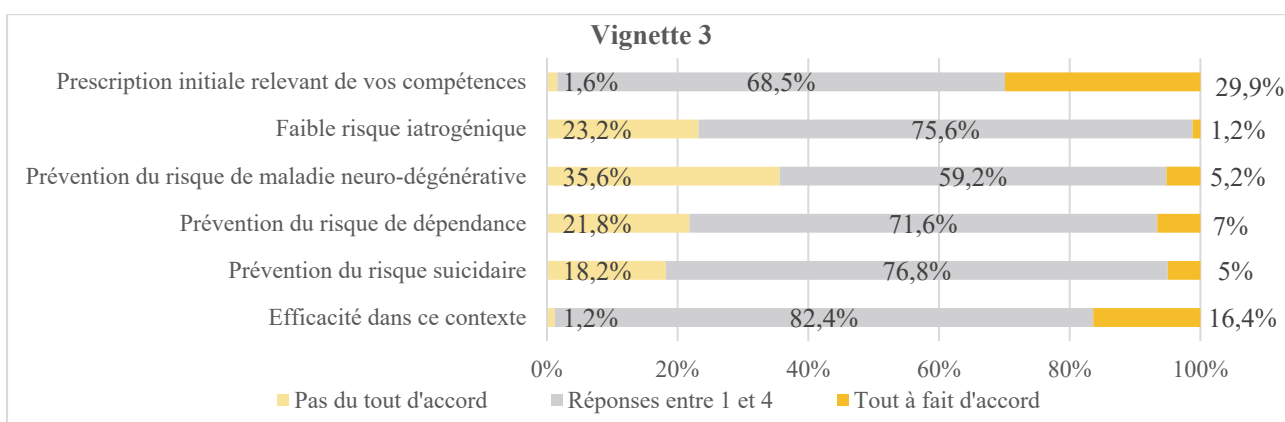
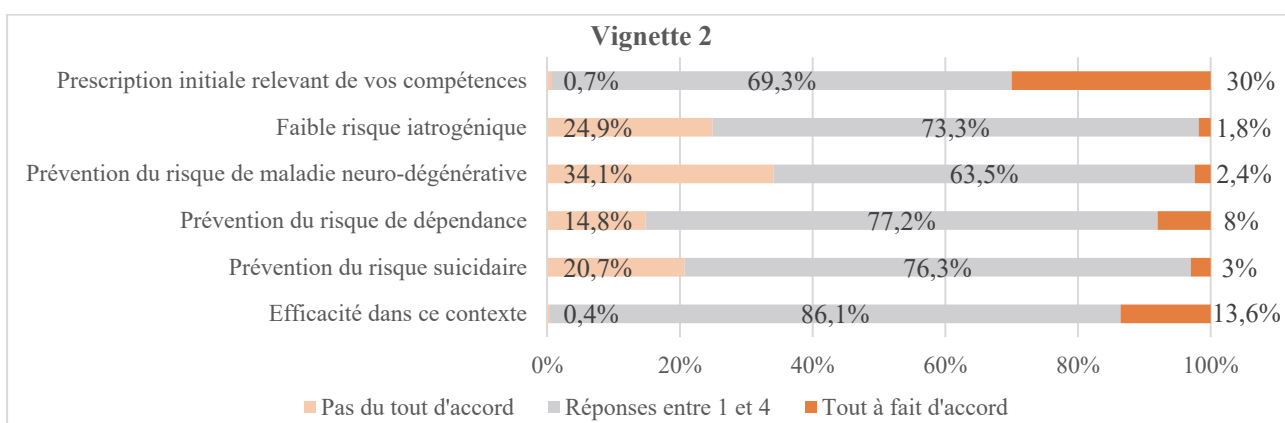
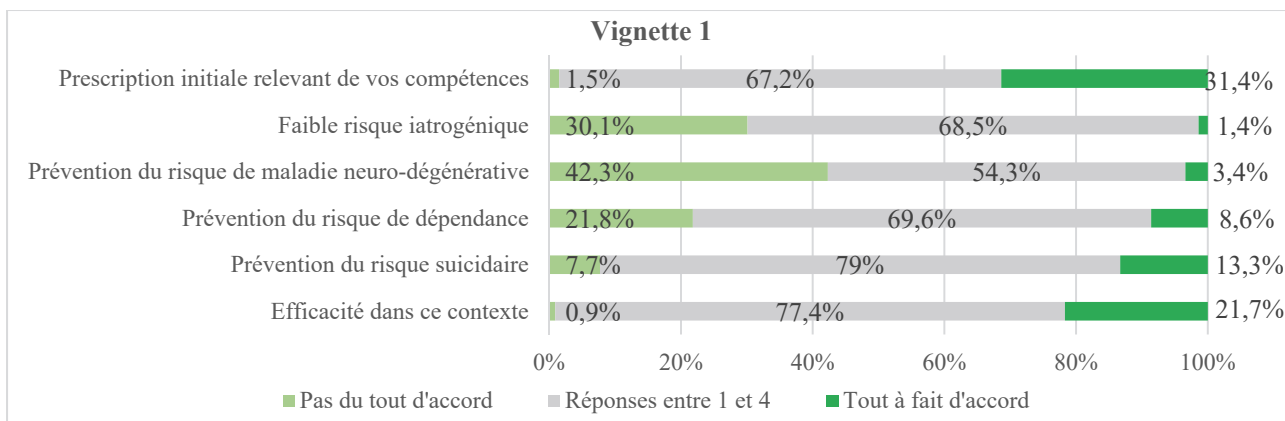


Figure 13 _ Arguments en faveur de la prescription d'un antidépresseur. « Pas du tout d'accord » versus « Tout à fait d'accord ».

L'**efficacité du traitement** était également souvent citée (de 13,6 % à 21,7 % TAF contre 0,4 % à 1,2 % PDT).

La **prévention du risque suicidaire** apparaissait comme un troisième argument d'initiation pour la *dépression post-deuil* (13,3 % TAF contre 7,7 % PDT) et dans la *dépression mélancolique* (17,5 % TAF contre 6,3 % PDT). Ce dernier ne se justifiait pas dans la *dépression masquée* (20,7 % PDT contre 3 % TAF) ni la *dépression avec troubles cognitifs* (18,2 % PDT contre 5 % TAF).

Les arguments les moins cités, ne justifiant pas l'initiation du traitement antidépresseur étaient :

- La prévention du risque de dépendance (de 14,8 % à 27,5 % PDT contre 7 % à 8,6 % TAF)
- La prévention du risque de maladie neurodégénérative (de 34,1 % à 42,3 % PDT contre 1,6 % à 5,2 % TAF)
- Et le faible risque iatrogénique (de 23,2 % à 30,1 % PDT contre 1,2 % à 1,9 % TAF) selon les 4 formes de dépression.

(2) Arguments en défaveur de la prescription du traitement antidépresseur

Le **doute diagnostique** était l'argument principal en défaveur de la prescription du traitement antidépresseur de la *dépression masquée* (36,1 % TAF contre 5,2 % PDT), de la *dépression avec troubles cognitifs* (35,4 % TAF contre 3,9 % PDT) et de la *dépression mélancolique* (38,3 % TAF contre 8,6 % PDT), (Figure 14).

Le **risque iatrogénique** était le second argument majoritairement cité pour la *dépression post-deuil* (22,2 % TAF contre 5,6 % PDT), la *dépression masquée* (14 % TAF contre 11,4 % PDT) et la *dépression avec troubles cognitifs* (16,2 % TAF contre 9,6 % PDT) tandis qu'il ne se justifiait pas dans la *dépression mélancolique* (23 % PDT contre 11,7 % TAF).

Le **risque suicidaire par levée d'inhibition** se distinguait uniquement pour la *dépression mélancolique* (18,2 % TAF contre 13,7 % PDT) comme limitant l'initiation du traitement.

Selon les différents types de dépression, entre 24,4 % et 56,1 % des répondants n'étaient « pas du tout d'accord » avec le fait que la prescription ne relevait pas de leurs compétences contre 0 % à 15,3 % de répondants « tout à fait d'accord » avec cet argument. Il en est de même pour le peu d'efficacité du traitement : entre 39,5 % et 54,9 % des répondants n'étaient « pas du tout d'accord » contre 0 % à 1,3 % des répondants « tout à fait d'accord ».

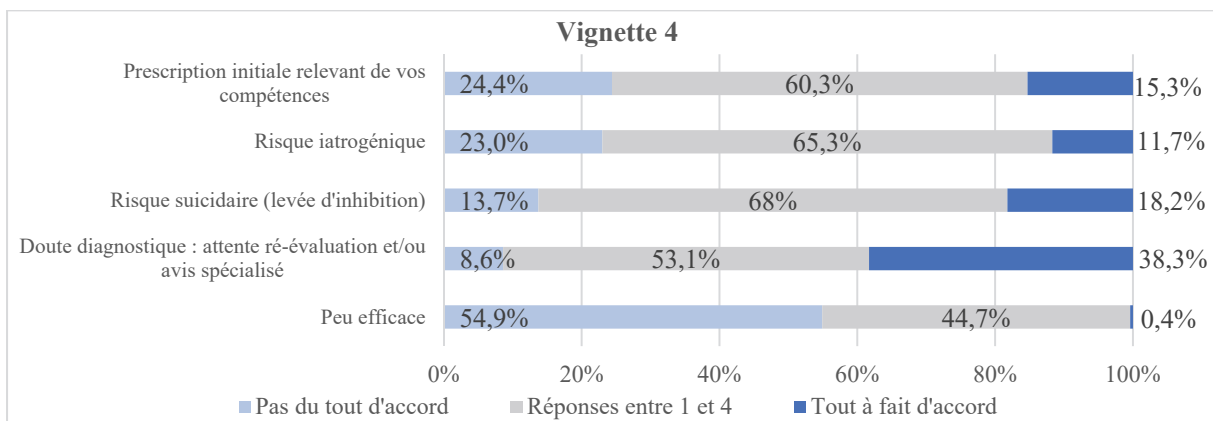
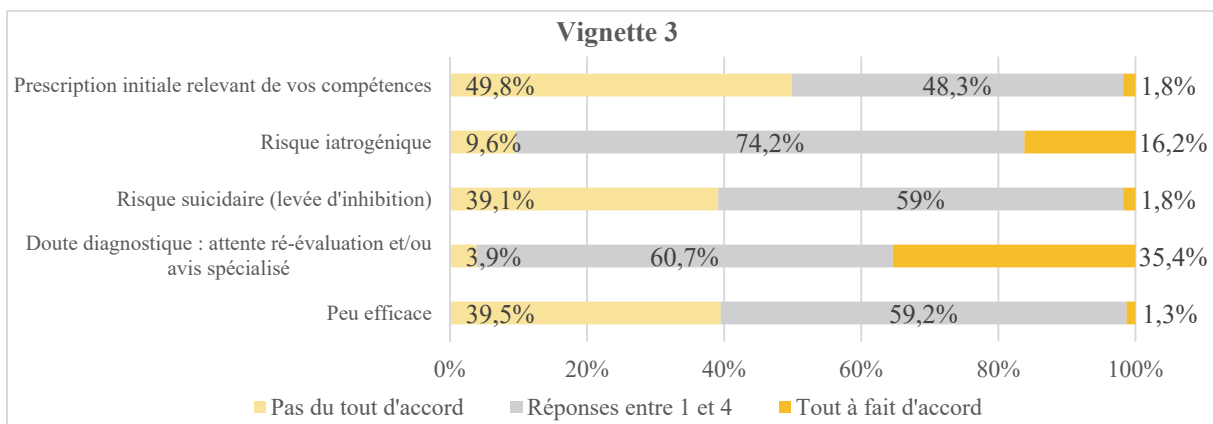
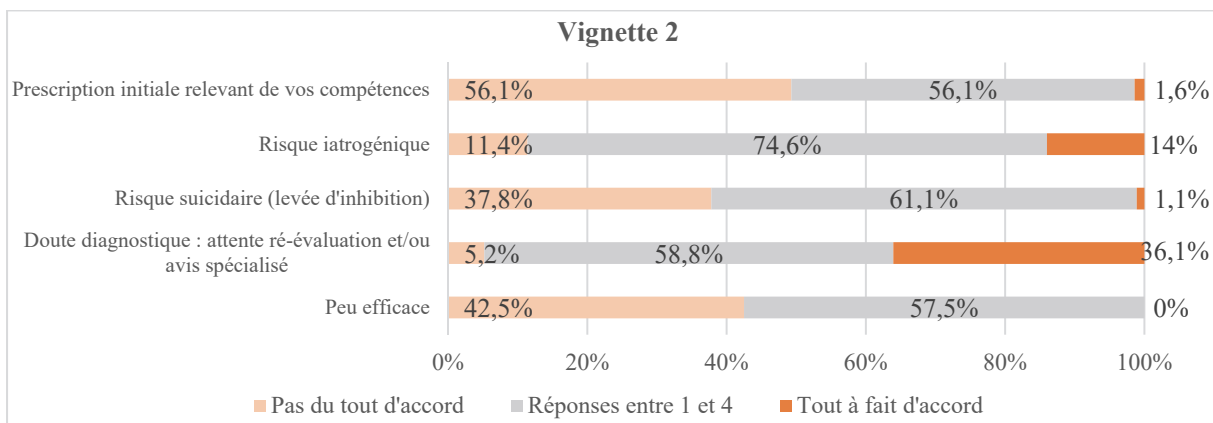
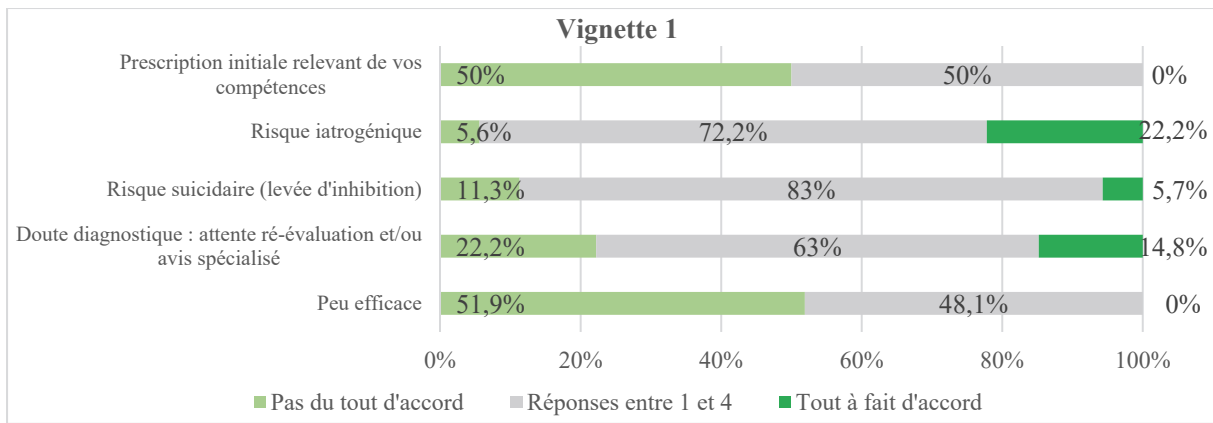


Figure 14 _ Arguments en défaveur de la prescription d'un antidépresseur. « Pas du tout d'accord » versus « Tout à fait d'accord ».

f) Prise en charge annexe : médicale, paramédicale et sociale

La prise en charge annexe comprenait trois types de prise en charge : médicale, paramédicale et sociale (Figure 15).

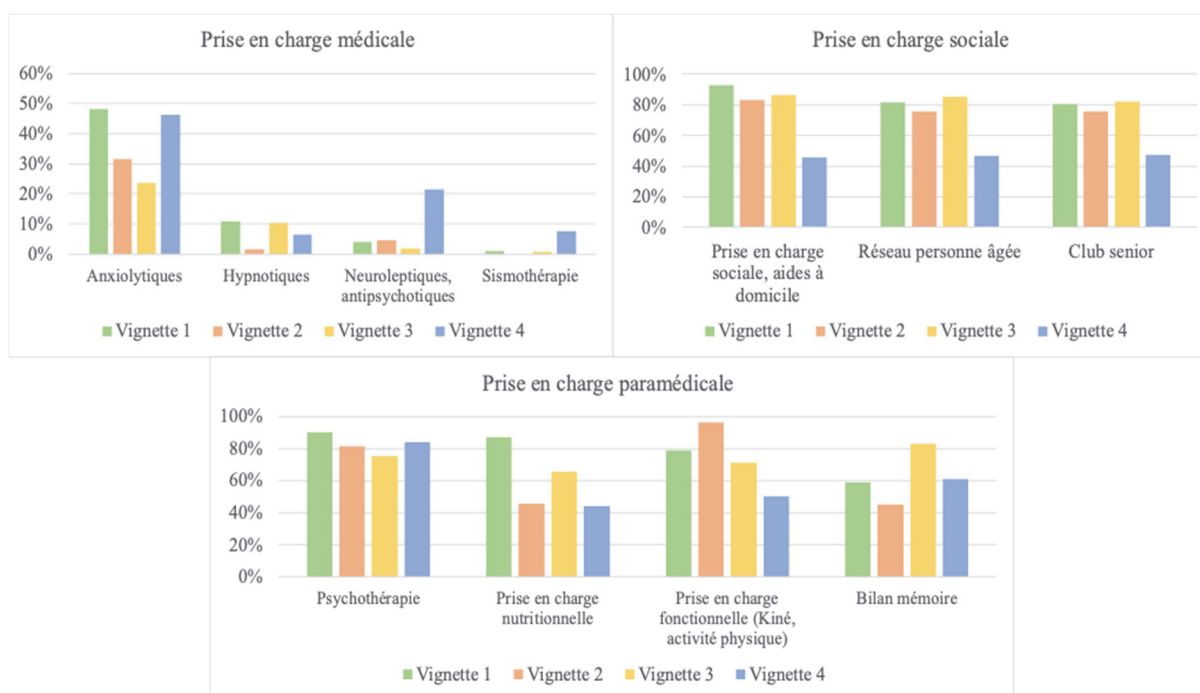


Figure 15 _ Prise en charge médicale, paramédicale et sociale selon les différentes vignettes cliniques.

Pourcentage de prescription totale pour chaque modalité proposée.

Parmi la prise en charge médicale, ce sont les **anxiolytiques** qui ont été le plus prescrits, notamment dans la *dépression post-deuil et mélancolique* (vignettes 1 et 4), respectivement par 48,2 % (n=451) et 46,4 % (n=334) des répondants.

Les **hypnotiques** et les **neuroleptiques** ont quant à eux, été rarement prescrits. Les **hypnotiques** ont été majoritairement déclarés dans la *dépression post-deuil* (10,7 %, n=103) et la *dépression avec troubles cognitifs* (10,2 %, n=75) (vignettes 1 et 3), tandis que les **neuroleptiques** ont été majoritairement prescrits pour la *dépression mélancolique* (vignette 4) par 21,5 % (n=144) des répondants.

La **sismothérapie** a quant à elle, été rare. Elle a davantage été prescrite par les répondants de la *dépression mélancolique* (vignette 4, 7,5 %, n=50) que dans les autres cas.

Parmi la prise en charge paramédicale, la **psychothérapie** a été prescrite dans plus de trois quarts des cas pour l'ensemble des vignettes, par 75,2 % à 90,1 % des répondants. La **prise en charge nutritionnelle** a surtout été déclarée pour la *dépression post-deuil* (vignette 1) par 87,2 % (n=843) des répondants tandis que la **prise en charge fonctionnelle** s'est surtout vue dans la *dépression masquée* (vignette 2) par 96,3 % (n=448) des répondants.

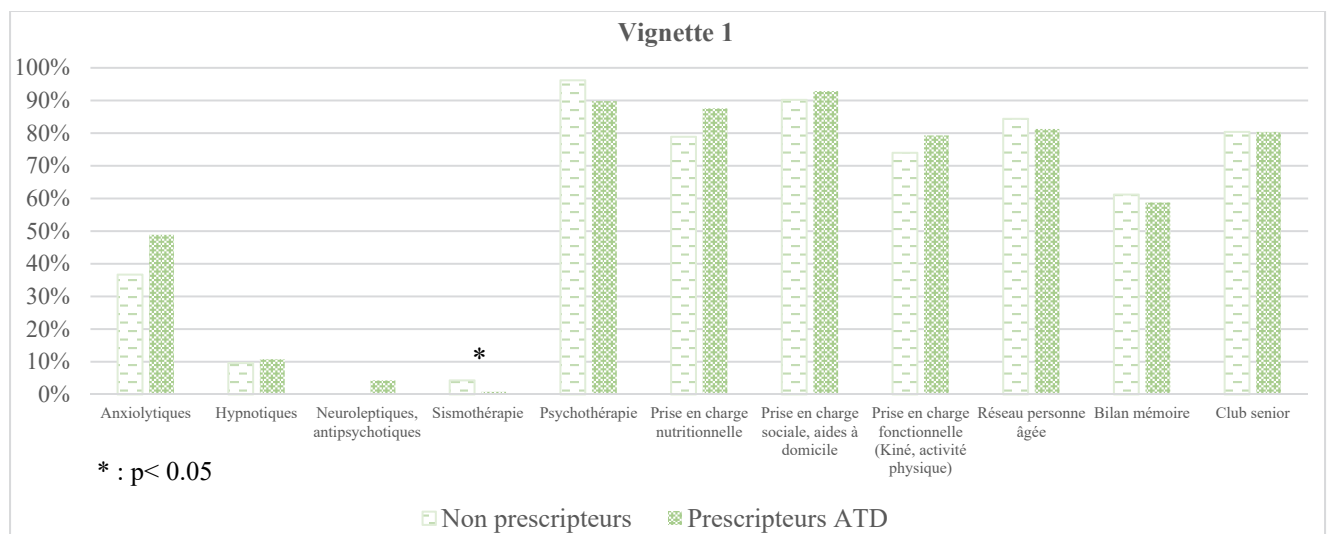
Le **bilan mémoire** a quant à lui, été majoritairement déclaré pour la *dépression avec troubles cognitifs* (vignette 3) par 82,8 % (n=620) des répondants.

Parmi la prise en charge sociale, les **aides à domicile** ont été évoquées majoritairement pour les vignettes 1, 2 et 3 (92,8 % (n=897), 83,3 % (n=369) et 86,4 % (n=635)). Elle s'est vue peu prescrite pour la dépression mélancolique (45,9 %, n=332). Il en est de même pour l'orientation vers un réseau personne âgée ou vers le club sénior. Le **réseau personne âgée** et le **club sénior** ont été davantage cités pour la vignette 1 par 81,5 % (n=713) et 80,4 % (n=675) des répondants et pour la vignette 3 par respectivement 85,2 % (n=599) et 82,2 % (n=549) des répondants. La prise en charge sociale a été évoquée dans la dépression mélancolique par moins de la moitié des répondants (par 45,9 % à 47,4 % des répondants selon les modalités).

(1) Comparaison de la prise en charge annexe selon les groupes prescripteurs ou non d'antidépresseur

Nous avons voulu réaliser des comparaisons afin de distinguer la prise en charge entre les diagnostiqueurs prescrivant un traitement antidépresseur et ceux ne choisissant pas de le prescrire. Les tableaux des résultats complets se trouvent en annexe 12, tableaux 4 à 7.

Dans la *dépression post-deuil*, la prise en charge annexe se distinguait uniquement par la **sismothérapie** plus évoquée dans le groupe « sans antidépresseur » (4,3 %, n=2/47 contre 0,8 %, n=7/895) du groupe « antidépresseur » (p=0,02), (Figure 16).



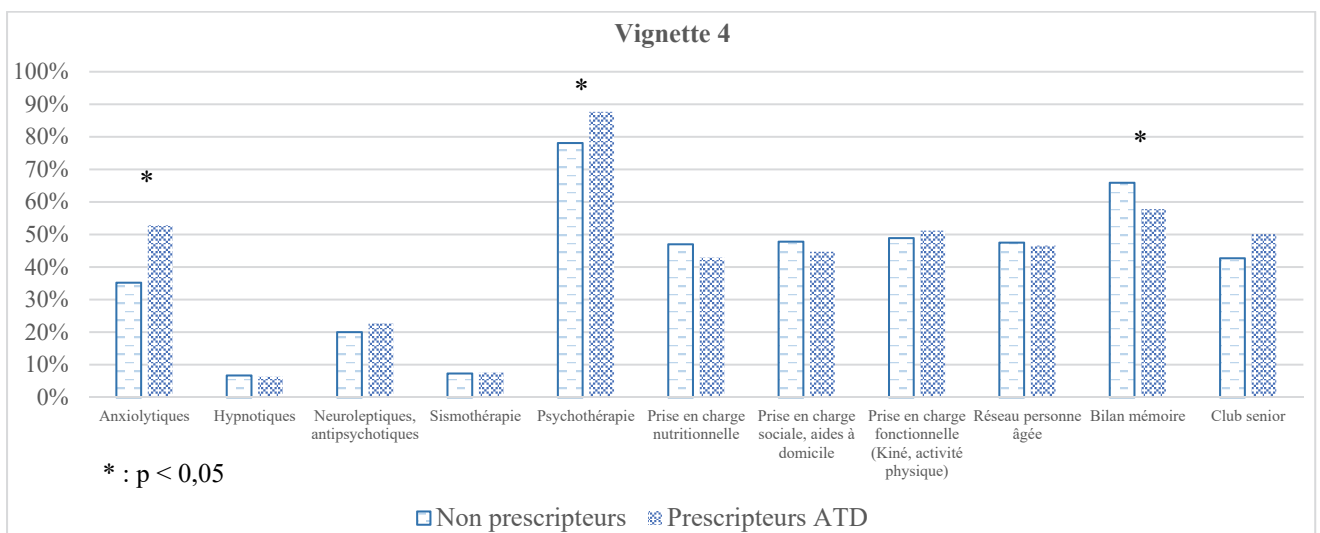
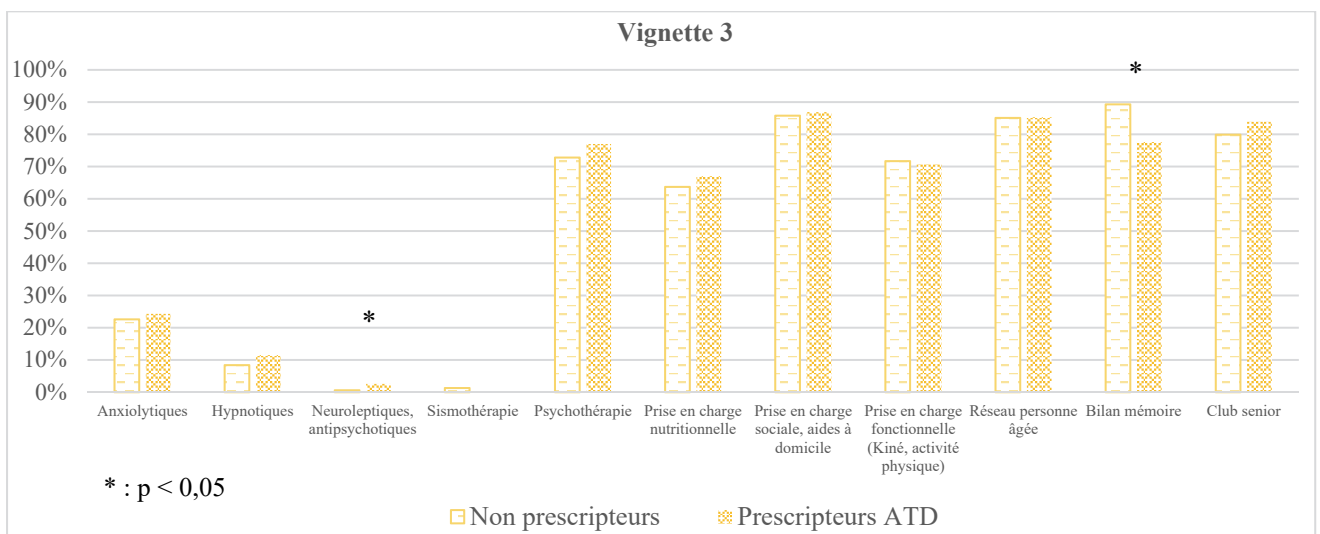
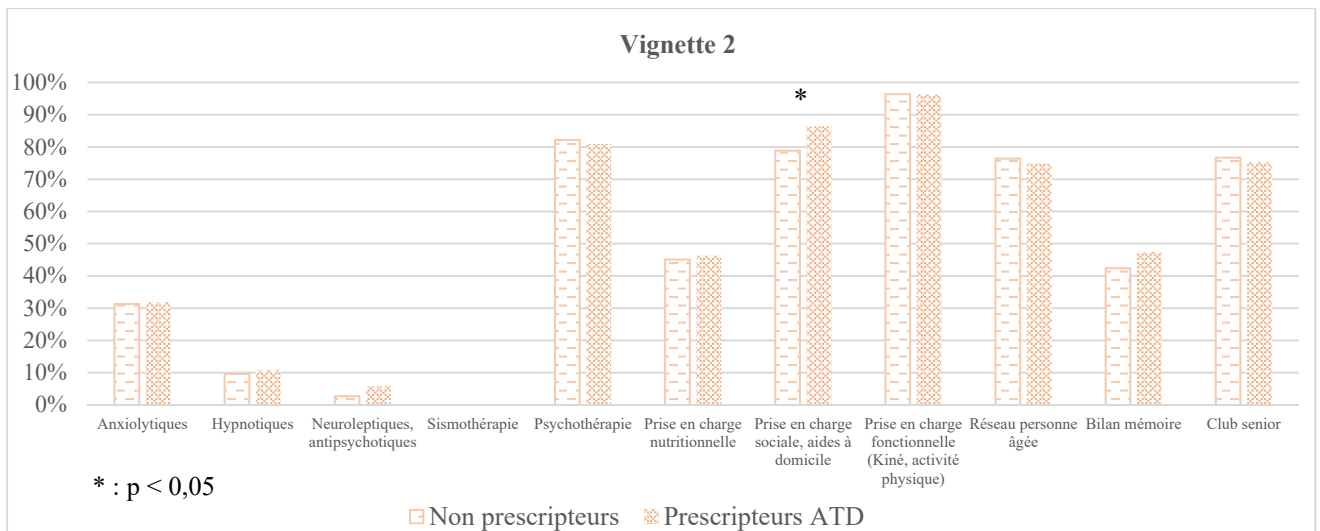


Figure 16 _ Prise en charge annexe : comparaison des modalités en fonction du groupe « non-prescripteur » versus groupe « prescripteur » d'antidépresseur.

Dans la *dépression masquée*, elle se distinguait dans la prise en charge sociale avec les **aides à domiciles** davantage citées dans le groupe « *antidépresseur* » (86,4 %, n=223/258 contre 78,9 %, n=146/185 du groupe « sans antidépresseur », p=0,04).

Dans la *dépression avec troubles cognitifs*, celle-ci différait par la prescription d'un **bilan mémoire** davantage réalisée dans le groupe « *sans antidépresseur* » (89,3 %, n=294/329 contre 77,6 %, n=326/420 du groupe « antidépresseur », p<0,0001).

Dans la *dépression mélancolique*, elle se distinguait dans la prescription d'**anxiolytiques** plus importante dans le groupe « antidépresseur » où la prescription était de 52,8 % (n=241/456), tandis qu'elle était de 35,2 % (n=93/264) dans le groupe « sans antidépresseur », p<0,0001. Elle différait deuxièmement dans la **psychothérapie** (87,7 %, n=405/462 contre 78,1 %, n=41/52 du groupe « sans antidépresseur », p=0,0005) tandis que dans le groupe « *sans antidépresseur* », c'était uniquement la prescription du **bilan mémoire** qui était plus citée (65,9 %, n=180/273 contre 57,8 %, n=263/455 du groupe « antidépresseur », p=0,03).

Pour la *dépression post-deuil* (36,7 %, n=18/49), *masquée* (31,3 %, n=56/179) et *mélancolique* (35,2 %, n=93/264), un répondant sur trois prescrivait un anxiolytique seul ; cela était le cas pour un répondant sur 5 dans le cas de la *dépression avec troubles cognitifs* (22,6 %, n=71/314).

C. Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles de dépression en fonction du statut, de la formation et de l'ancienneté.

Concernant les modalités diagnostiques, parmi ceux ayant utilisé au moins une échelle, les **internes** étaient significativement plus nombreux que les médecins à y recourir pour les vignettes 1, 2 et 3 (respectivement 82 % des internes contre 67 % des médecins, p<0,05 ; 92,5 % des internes contre 73,7 % des médecins, p=0,0003 ; 89,4 % des internes contre 80,1 % des médecins, p=0,005), annexe 20, tableau 21.

Pour l'ensemble des vignettes, les répondants utilisant des échelles étaient plus jeunes que ceux qui n'en utilisaient pas. Parmi les médecins, le recours était plus fréquent parmi ceux exerçant depuis moins de 5 ans par rapport aux médecins ayant une ancienneté d'exercice de plus de 20 ans pour l'ensemble des cas. Il n'y avait pas de différence observée en fonction de l'ancienneté des internes.

Parmi les formés à la psychiatrie de la personne âgée, ils utilisaient davantage les échelles pour la *dépression post-deuil* (vignette 1, 77,9 % contre 69 % des non-formés, p=0,003) et pour la *dépression avec troubles cognitifs* (vignette 3, 90,4 % contre 80,6 % des non-formés, p=0,01), annexe 14, tableau 13.

D. Prise en charge en fonction de la formation

1. Caractéristiques des répondants

Les résultats des caractéristiques des répondants selon la formation se trouvent dans le tableau 12. Le groupe des formés avaient une moyenne d'âge supérieure à celle du groupe des non-formés (39,6 ans \pm 14 contre 36,5 ans \pm 12, $p=0,005$).

Tableau 12_ Caractéristiques des répondants selon la formation ou non à la psychiatrie de la personne âgée.

Caractéristiques des répondants	Formé(e)s, % (n=159)	Non formé(e)s, % (n=872)	Total	p
Sexe				0,014
Femme	62,3 % (99)	71,9% (627)	70,4% (726)	
Âge				
Moyenne \pm écart-type	39,6 \pm 14	36,6 \pm 12		0,005
Minimum - Maximum	24 - 73	23 - 74		
Médiane	32	32		
Ancienneté d'exercice				
Médecins	83,6 % (n=133)	75,6 % (n=660)		
Moins de 5 ans	46,6% (n=62)	10,6% (n=310)		0,28
5 à 10 ans	13,5% (n=18)	18% (n=119)		
10 à 20 ans	10,5% (n=14)	12,4% (n=82)		
Plus de 20 ans	29,3% (n=39)	22,6% (n=149)		
Internes	16,3 % (n=26)	24,4 % (n=212)		0,13
S1/S2	7,7 % (2)	24,6 % (52)		
S3/S4	26,9 % (7)	25,9 % (55)		
S5/S6	65,4 % (17)	49,5 % (105)		
Lieu d'exercice toute activité confondue				
Cabinet libéral	87,4% (139)	85,6% (746)	85,8 % (885)	<0,05
Établissement hospitalier	13,2% (21)	17,3% (151)	16,7 % (172)	
Établissement ambulatoire	5,7% (9)	4,5% (39)	4,6 % (48)	
Établissements pour personnes âgées	17% (27)	3,3% (29)	5,4 % (56)	
Ressentant un besoin de formation	62,3% (99)	82,2% (717)		<0,05

Les femmes étaient moins nombreuses dans le groupe des formés que dans celui de non-formés (62,3 % contre 71,9 %, $p=0,014$). Il n'y avait pas de différence d'ancienneté d'exercice dans les deux groupes.

Les répondants ayant déjà eu une formation à la psychiatrie de la personne âgée, étaient moins nombreux à avoir déclaré ressentir le besoin d'une formation (62,3 % des formés contre 82,2 % des non-formés, $p<0,05$).

2. Prise en charge diagnostique

Les **répondants formés** avaient plus de facilité à repérer les quatre diagnostics de dépression (41,5 % des formés contre 28,4 % des non-formés, $p<0,001$), (Figure 17).

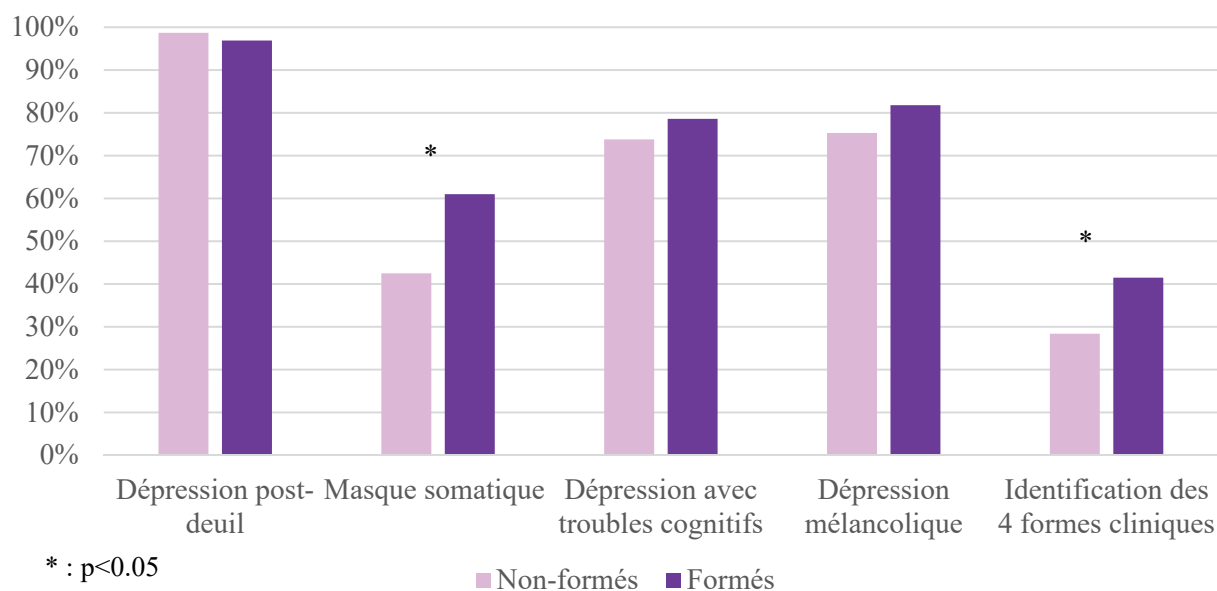


Figure 17_Diagnostic des différentes vignettes cliniques selon la formation à la psychiatrie du sujet âgé.

Concernant le diagnostic des vignettes fait individuellement, les formés étaient plus nombreux à repérer la **dépression masquée** (61 % des formés contre 42,5 % des non-formés, $p<0,0001$), (annexe 14, tableau 13).

3. Orientation ou non au spécialiste

Le **groupe des non-formés orientaient plus vers le spécialiste** que le groupe des formés, de 24 % à 77,2 % des non-formés contre 22,7 % à 69,2 % des formés selon les vignettes cliniques (annexe 14, tableau 13).

Parmi ceux ayant diagnostiqué la *dépression masquée*, les **répondants non-formés** étaient significativement plus nombreux à orienter vers le spécialiste (45,3 % des non-formés contre 34 % des formés, $p=0,046$), (Figure 18).

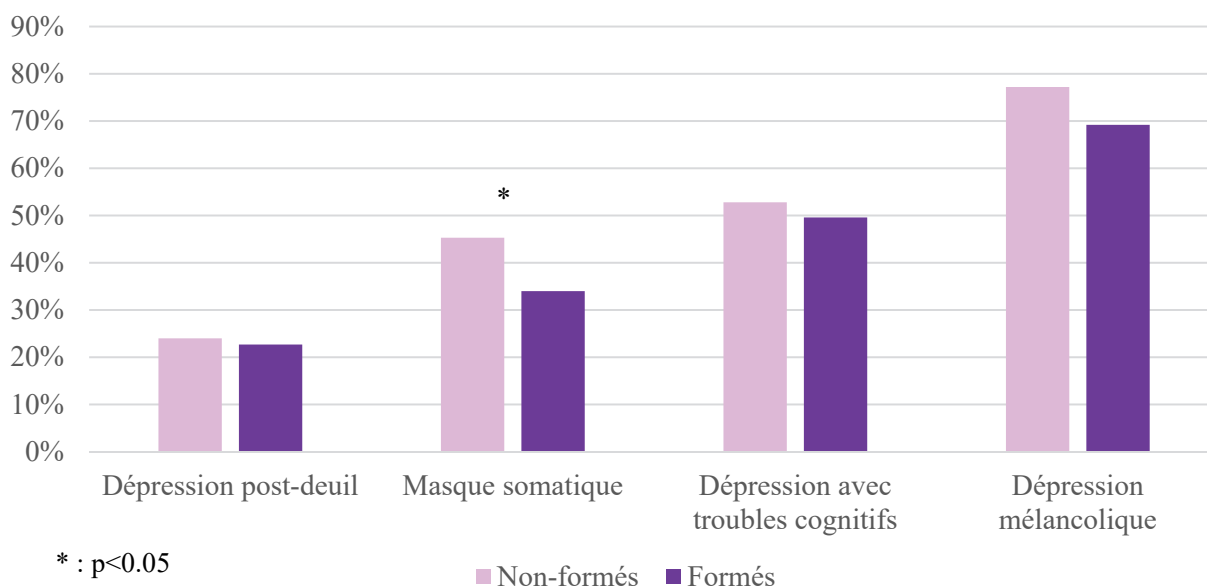


Figure 18 _ Orientation au spécialiste selon la formation à la psychiatrie du sujet âgé, parmi ceux ayant diagnostiqué les différentes vignettes cliniques.

Nous nous sommes alors intéressés uniquement aux arguments concernant la vignette clinique où l'on observait une différence significative quant à l'orientation ou non au spécialiste. Dans ce cas, il s'agissait de la *dépression masquée*.

Parmi ceux qui l'orientaient, les non-formés étaient moins souvent « Tout à fait d'accord » (TAF) sur le fait que la **facilité d'identification du spécialiste** soit un argument d'orientation (TAF 8,5 % des non-formés contre TAF 25 % des formés, p=0,02) et ils étaient plus nombreux que les formés à n'être « pas du tout » d'accord sur le **risque suicidaire** comme argument d'orientation (PDT 34,5 % des non-formés contre PDT 12,1 % des formés, p=0,02), (annexe 15, tableau 14).

Il n'existait pas de différence significative entre le groupe des formés et celui des non-formés concernant les arguments en défaveur de l'orientation pour la *dépression masquée* (annexe 15, tableau 15).

4. Initiation ou non du traitement

Concernant le diagnostic des vignettes fait individuellement (Figure 19), les **formés étaient plus nombreux à initier un traitement** à la *dépression post-deuil* (98,7 % des formés contre 94 % des non-formés, p=0,02) et à la *dépression avec troubles cognitifs* (66,4 % des formés contre 54,3 % des non-formés, p=0,01), (annexe 14, tableau 13).

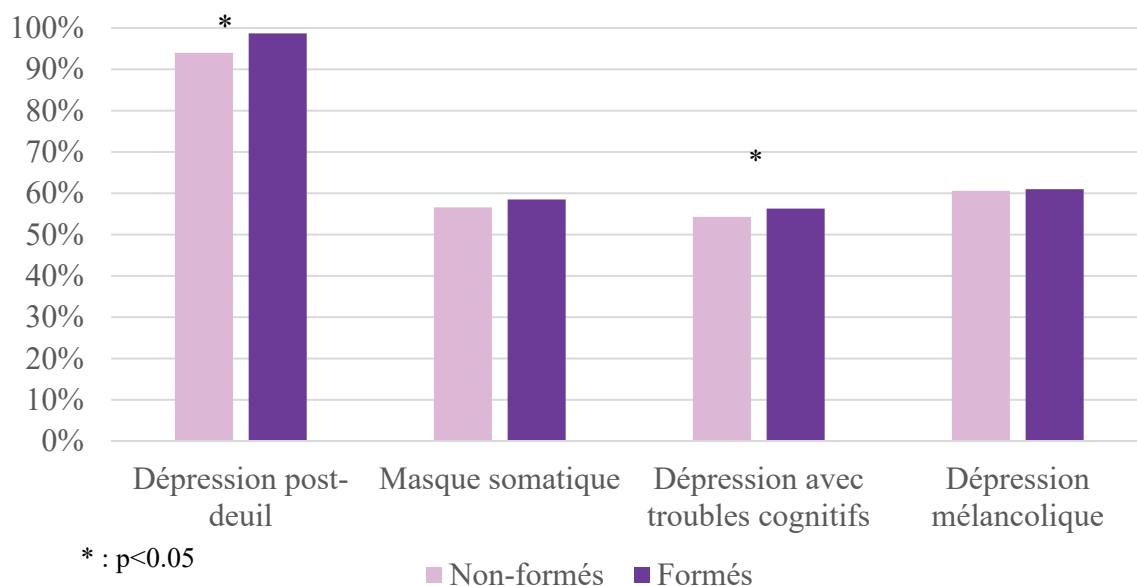


Figure 19 _ Initiation du traitement antidépresseur selon la formation à la psychiatrie du sujet âgé, parmi ceux ayant diagnostiqué les différentes vignettes cliniques.

Pour la *dépression post-deuil*, les formés déclaraient plus l'**efficacité du traitement** (TAF 28,9 % des formés contre 20,3 % des non-formés, $p=0,02$) comme argument d'initiation ainsi que son rôle dans la **prévention du risque de dépendance** (TAF 14 % des formés contre 7,6 % des non-formés, $p=0,02$) et du **risque de maladie neurodégénérative** (TAF 7 % des formés contre 2,7 % des non-formés, $p=0,02$). Le groupe des formés considérait davantage que les non-formés le **faible risque iatrogénique** (TAF 4 % des formés contre 0,9 % des non-formés, $p=0,01$) et jugeait la **prescription initiale relevant de leurs compétences** (TAF 42,7 % des formés contre 29,2 % des non-formés, $p=0,002$).

Pour la *dépression avec troubles cognitifs*, les formés étaient plus souvent d'accord avec le rôle du traitement dans la **prévention du risque de maladie neurodégénérative** (TAF 13,9 % des formés contre 3,1 % des non-formés, $p=0,001$) tandis que les non-formés étaient plus nombreux à être « pas du tout d'accord » avec cet argument comme raison d'initiation (PDT 38,1 % des non-formés contre 25,3 % des formés, $p=0,046$). Les formés jugeaient également la **prescription initiale relevant de leurs compétences** (TAF 48,1 % contre 25,6 % des non-formés, $p=0,0001$).

Les résultats de la comparaison des arguments en faveur de l'initiation au traitement antidépresseur se trouvent dans l'annexe 16, tableaux 16 et 17.

Aucun argument en défaveur de l'initiation au traitement ne ressortait de façon significative que ce soit dans le groupe des répondants formés ou le groupe des non-formés pour la *dépression post-deuil* et la *dépression avec troubles cognitifs* (annexe 17, tableaux 18 et 19).

5. Comparaison de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale selon la formation.

Parmi les répondants ayant prescrit un traitement antidépresseur, il n'existait pas de différence significative entre les groupes des formés ou non-formés pour la prise en charge médicale.

Pour la prise en charge paramédicale, dans la *dépression avec troubles cognitifs*, celle-ci se distinguait dans le groupe des *formés*, premièrement par une **prise en charge nutritionnelle conjointe** (76,5 % contre 64,6 % des non-formés, $p=0,04$) et une prise en charge **fonctionnelle** (81,2 % contre 68 %, $p=0,02$) plus importante.

Il en était de même dans la *dépression mélancolique* (53,2 % des formés contre 40,7 % des non-formés, $p=0,04$ pour la nutrition et 63,2 % des formés contre 48,8 % des non-formés, $p=0,02$ pour le fonctionnel). Dans la *dépression mélancolique*, les formés déclaraient également plus associer des **aides à domicile** (57,9 % contre 42,1 %, $p=0,01$) pour la prise en charge sociale.

Parmi les répondants n'ayant pas prescrit d'antidépresseur, il n'existait pas de différence significative entre les groupes des formés ou non-formés pour les trois types de prises en charge. L'ensemble des résultats se trouvent en annexe 18, tableau 20.

6. Choix de la structure

Nous nous sommes uniquement intéressés au choix de la structure de la *dépression mélancolique* (vignette 4) où nous nous sommes interrogés sur le rôle de la formation quant au choix de l'hospitalisation complète arrivant en troisième position (Figure 20).

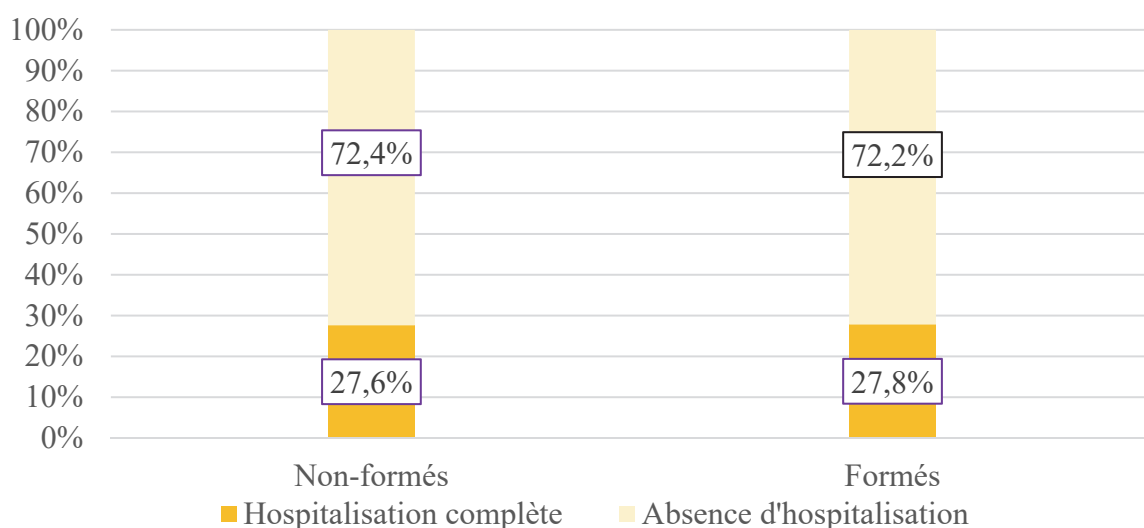


Figure 20_ Choix de l'hospitalisation complète selon la formation en psychiatrie de la personne âgée (n=597).

A peine un tiers des répondants, formés ou pas, avait cité l'hospitalisation complète.

E. Prise en charge en fonction du statut médecin/interne

1. Prise en charge diagnostique

Les **médecins** avaient plus de facilité que les internes à repérer les quatre diagnostics de dépression (33,7 % contre 19,8 %, $p < 0,0001$), (Figure 21).

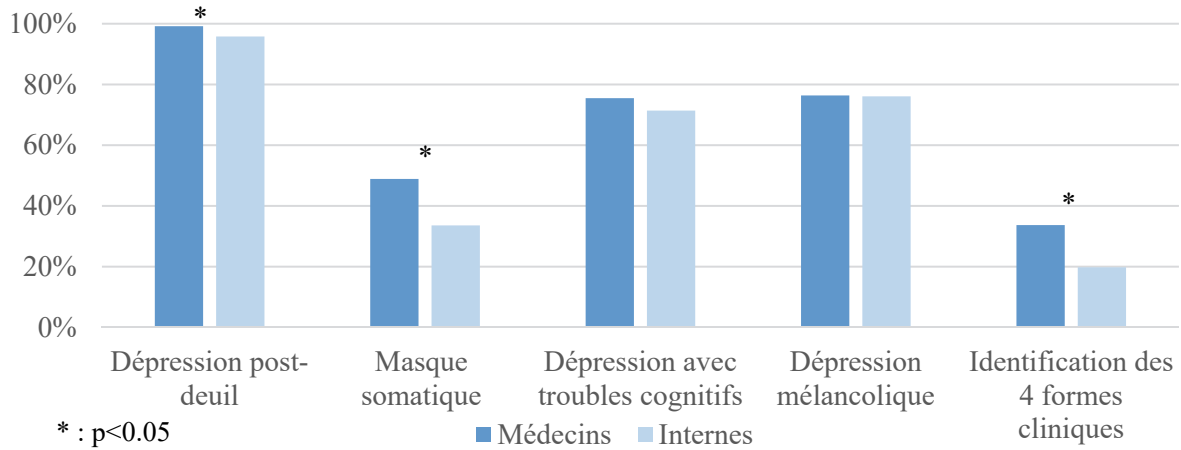


Figure 21 _ Diagnostic des différentes vignettes cliniques selon le statut médecins/internes.

Concernant le diagnostic des vignettes fait individuellement, les **médecins** repéraient mieux la *dépression post-deuil* (99,2 % des médecins contre 95,8 % des internes, $p = 0,0002$) et la *dépression masquée* (48,9 % des médecins contre 33,6 % des internes, $p < 0,0001$).

Les résultats se trouvent en annexe 20, tableau 21.

2. Orientation ou non au spécialiste

Parmi ceux ayant diagnostiqué les différentes vignettes cliniques, il n'existait pas de différence significative quant à l'orientation au spécialiste entre le groupe des médecins et celui des internes (Figure 22, annexe 20, tableau 21).

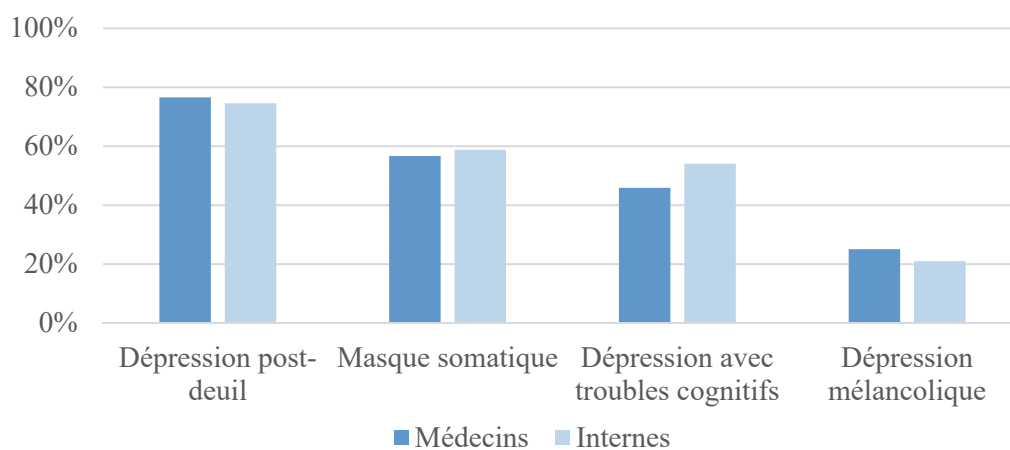


Figure 22 _ Orientation au spécialiste le statut médecins/internes, parmi ceux ayant diagnostiqué les différentes vignettes cliniques.

3. Initiation ou non du traitement

Parmi les répondants ayant réalisé le diagnostic des quatre formes de dépression, les **médecins étaient plus nombreux que les internes à initier le traitement** pour la dépression post-deuil (vignette 1, 98,1 % contre 87,2 %, $p=0,0002$), (annexe 20, tableau 21).

Concernant le diagnostic des vignettes fait individuellement, les **médecins** étaient significativement plus nombreux à initier un traitement antidépresseur pour la *dépression post-deuil* (95,6 % des médecins contre 91,7 % des internes, $p=0,02$) et la *dépression masquée* (60,8 % des médecins contre 47,5 % des internes, $p=0,03$), (Figure 23).

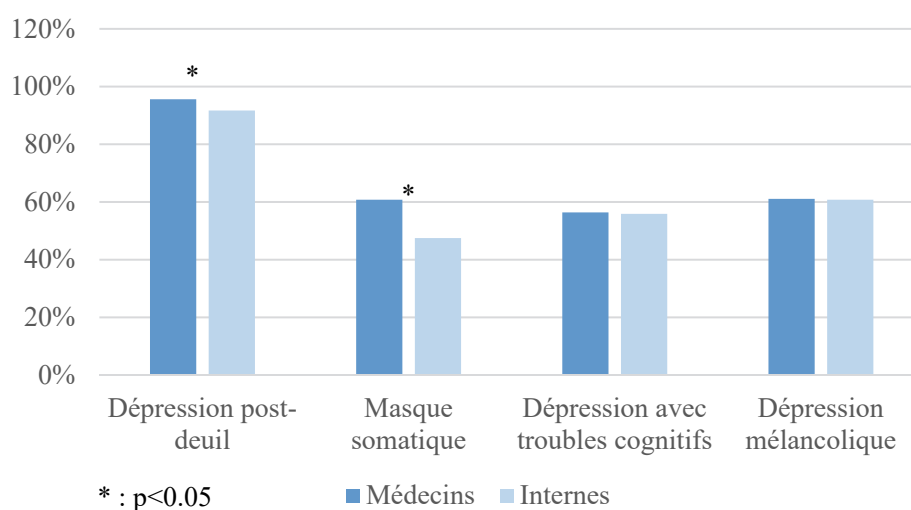


Figure 23 _ Initiation du traitement antidépresseur selon le statut médecins/internes, parmi ceux ayant diagnostiqué les différentes vignettes cliniques.

Pour la *dépression post-deuil*, parmi ceux ayant prescrit un traitement antidépresseur, les **médecins** étaient plus nombreux que les internes à déclarer que la **prescription initiale relevait de leurs compétences** (TAF 33,6 % des médecins contre TAF 23,6 % des internes, $p=0,01$).

Les **internes** étaient plus souvent que les médecins « Pas du tout d'accord » vis-à-vis de la prévention des risques de dépendance (PDT 34,5 % des internes contre PDT 18,3 % des médecins, $p < 0,00001$), de maladie neurodégénérative (PDT 58,6 % des internes contre PDT 37,7 % des médecins, $p < 0,00001$) et du faible risque iatrogénique (PDT 40,6 % des internes contre PDT 27,2 % des médecins, $p < 0,00001$).

Pour la *dépression masquée*, il n'y avait pas de distinction d'arguments entre les deux groupes. Les résultats se trouvent en annexe 21, tableaux 22 et 23.

Aucun argument en défaveur de l'initiation au traitement ne ressortait de façon significative que ce soit dans le groupe des médecins ou le groupe des internes pour la *dépression post-deuil* et *masquée*. Les résultats sont présents en annexe 22, tableaux 24 et 25.

4. Comparaison de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale selon le statut

Dans la *dépression post-deuil*, la prise en charge annexe différait par la **sismothérapie** envisagée davantage par les **internes** ayant prescrit un traitement antidépresseur (2,1 % des internes contre 0,4 % des médecins, $p=0,02$). Ils considéraient également plus la **prise en charge fonctionnelle** (84,3 % contre 77,9 % des médecins, $p=0,05$) et sollicitaient plus le **réseau personne âgée** (92,3 % contre 78,2 % des médecins, $p<0,001$).

Dans la *dépression masquée*, il n'existait pas de différence de prise en charge associée entre les médecins et internes.

Dans la *dépression avec troubles cognitifs*, les **internes** prescripteurs d'antidépresseur citaient davantage le **réseau personne âgée** (95,7 % des internes contre 82,3 % des médecins, $p=0,001$). Cependant, les internes n'ayant pas prescrit d'antidépresseur ($n=73$), étaient plus nombreux à prescrire d'**hypnotiques** que les médecins (15,1 % contre 6,4 %, $p=0,02$). Qu'ils soient prescripteurs ou non d'antidépresseur, ils prenaient plus en compte la **prise en charge nutritionnelle** (75,5 % contre 64,4 % des médecins, $p=0,05$ chez les prescripteurs et 75,7 % contre 60,1 %, $p=0,01$ chez les non-prescripteurs).

Dans la *dépression mélancolique*, les **médecins** étaient plus nombreux à prescrire en association un **anxiolytique** (55,7 % contre 43,3 % des internes, $p=0,03$). Que les médecins soient prescripteurs ou non d'antidépresseur, ils prescrivaient plus que les internes un **bilan mémoire** (61,4 % des médecins contre 45,7 % des internes, $p=0,004$ pour les prescripteurs et 69,4 % des médecins contre 54,7 % des internes, $p=0,03$ pour les non-prescripteurs).

Les **internes** non prescripteurs associaient davantage à la prise en charge une **psychothérapie** (87,5 % contre 75,3 % des médecins, $p=0,04$), une **prise en charge fonctionnelle** (60 % contre 45,6 % des médecins, $p=0,04$) et le club sénior (56,7 % contre 38,3 % des médecins, $p=0,01$). Qu'ils soient prescripteurs ou non, les **internes** évoquaient plus la sismothérapie que les médecins (13,4 % contre 5,8 % des médecins, $p=0,01$ pour les prescripteurs et 14,6 % contre 5,2 % des médecins, $p=0,02$ pour les non-prescripteurs). Il en était de même pour la **prise en charge nutritionnelle** (55,9 % contre 39 %, $p=0,003$ pour les prescripteurs et 61,3 % contre 42,8 %, $p=0,01$ pour les non-prescripteurs), les **aides à domicile** (55,2 % contre 41,5 %, $p=0,01$ chez les prescripteurs et 64,6 % contre 42,4 %, $p=0,002$ chez les non-prescripteurs) et le **réseau**

personne âgée (57,8 % contre 43,1 %, $p=0,01$ chez les prescripteurs et 62,5 % contre 42,5 %, $p=0,01$ chez les non-prescripteurs).

Les résultats se trouvent en annexe 23, tableau 26.

5. Ressenti du besoin de formation

Les **internes** étaient plus nombreux que les médecins à ressentir le besoin de formation en psychiatrie de la personne âgée (94,5 % contre 74,5 % des médecins, $p<0,05$). Parmi les médecins ressentant le besoin d'une formation, c'étaient les jeunes médecins (< 5 ans d'exercice) qui en ressentaient le plus besoin (83,9 %, $p<0,05$).

6. Choix de la structure

Nous nous sommes là aussi uniquement intéressés à la *dépression mélancolique* (vignette 4) où nous nous sommes interrogés sur le rôle du statut médecin/interne quant au choix de l'hospitalisation complète (Figure 24).

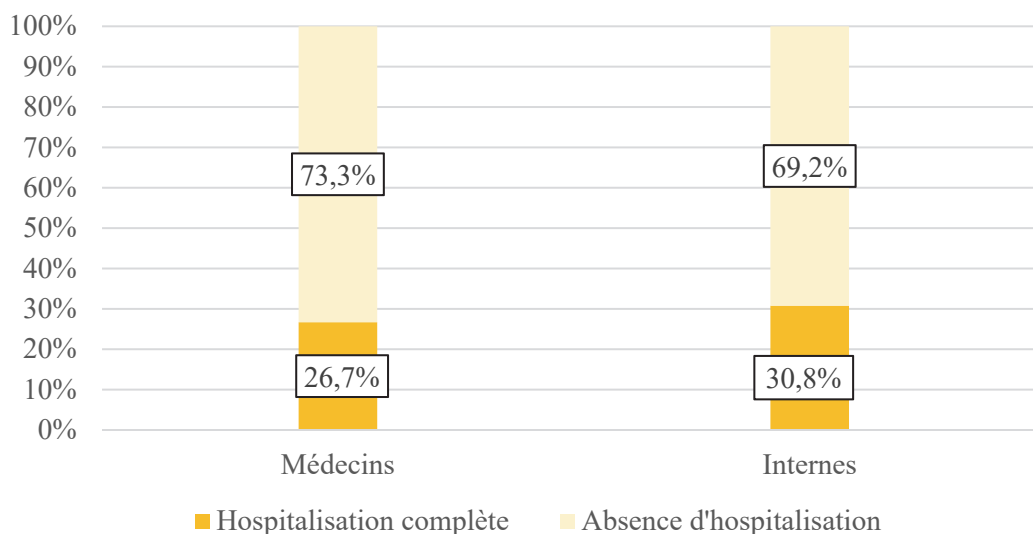
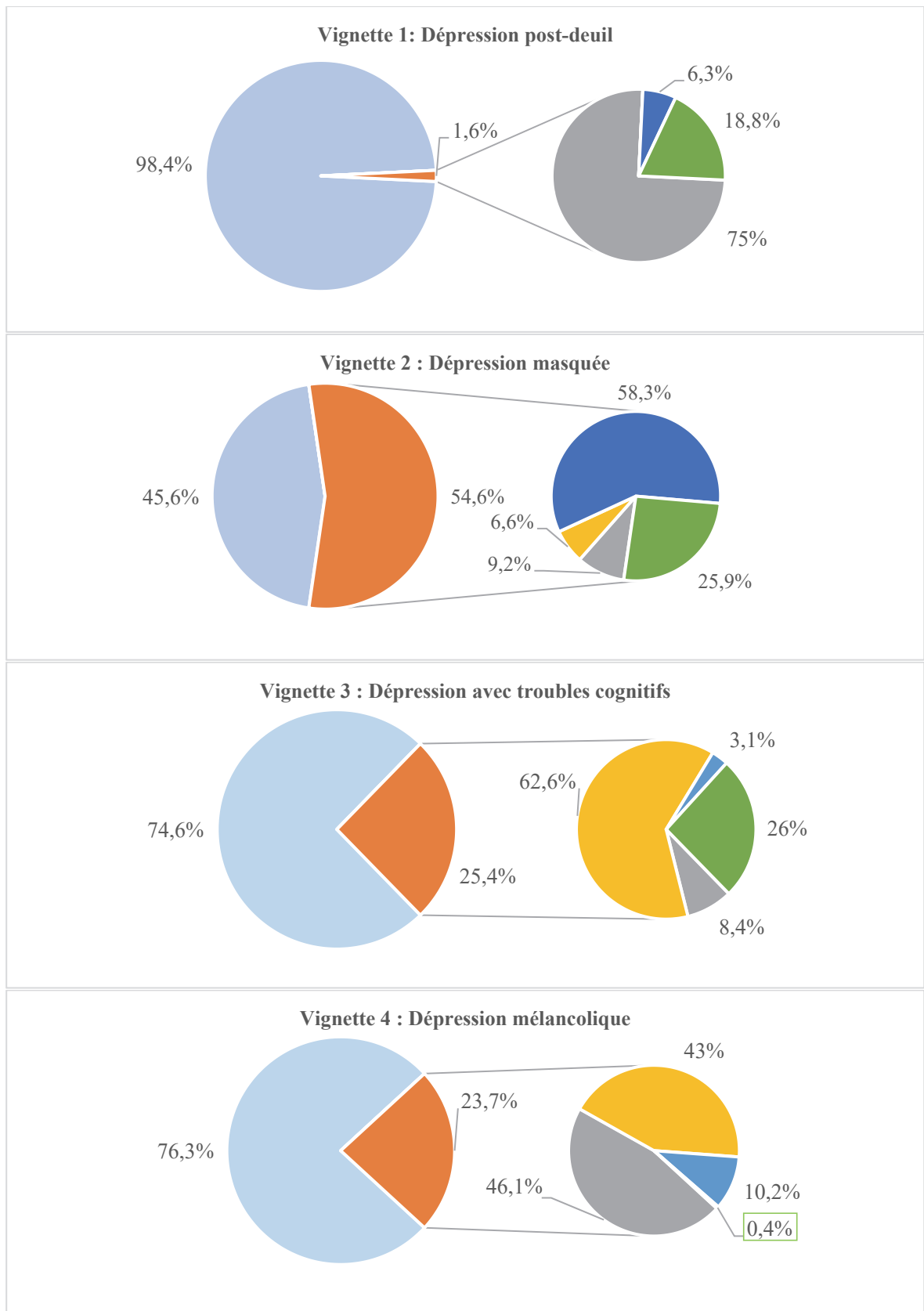


Figure 24_ Choix de l'hospitalisation complète selon le statut pour la vignette 4 (n=597).

Comme pour la formation, le statut médecin/interne n'était pas associé au choix de cette hospitalisation. Moins d'un tiers des médecins (27,6 %, $n=165$) et un tiers des internes (30,8 %, $n=44$) choisissaient cette structure d'orientation pour le suivi de la *dépression mélancolique*.

F. En l'absence de diagnostic

En l'absence de diagnostic de *dépression*, les répondants avaient évoqué pour la *dépression post-deuil*, une autre pathologie psychiatrique (75 %, $n=12/16$), (Figure 25).



- Diagnostic fait
- Absence de diagnostic
- Une autre pathologie psychiatrique
- Une pathologie neurologique
- Une pathologie somatique
- Le vieillissement normal

Figure 25_ Pathologie évoquée en premier lieu en l'absence de diagnostic de dépression selon les différentes vignettes cliniques.

Pour la *dépression masquée*, ils avaient déclaré une pathologie somatique (58,3 %, n=328/563) tandis que pour la *dépression avec troubles cognitifs*, ils citaient une pathologie neurologique (62,6 %, n=164/262). Pour la *dépression mélancolique*, une autre pathologie psychiatrique avait été évoquée (46,1 %, n=113/244) suivi de près par une pathologie neurologique (43 %, n=105/244).

Nous avons réalisé cette dernière partie en nous intéressant uniquement aux répondants ayant évoqué le vieillissement normal. En effet, nous pouvons remarquer que, parmi ceux ayant exclu le diagnostic de dépression, plus d'un quart des répondants l'avait évoqué pour la *dépression masquée* (25,9 %, n=146/563) et la *dépression avec troubles cognitifs* (26 %, n=68/262) (Figure 25).

Nous avons alors trouvé pertinent le fait de s'intéresser au statut et à la formation de ces répondants ayant évoqué ce vieillissement normal (Tableau 27).

Tableau 27 _ Ancienneté d'exercice des médecins/internes et statut des répondants ayant évoqué le vieillissement normal, parmi ceux ayant exclu le diagnostic de dépression.

	Vignette 2 (N=146)	P	Vignette 3 (N=68)	P
Ancienneté d'exercice des médecins				
Moins de 5 ans	42,5 % (62)	0,15	33,8% (23)	0,27
Entre 5 à < 10 ans	15,1% (22)		7,3% (5)	
Entre 10 à < 20 ans	4,1% (6)		11,7% (8)	
Plus de 20 ans	17,8% (26)		20,6% (14)	
Total de médecins	79,5% (116)		73,5% (50)	
Internes				
S1/S2	20% (6)	0,13	38,9% (7)	0,15
S3/S4	33,3% (10)		22,2% (4)	
S5/S6	46,7% (14)		38,9% (7)	
Total d'internes	20,5% (30)		26,5% (18)	
Formation en psychiatrie				
Formés	16,1 % (10/62)	0,09	26,5 % (9/34)	1
Non-formés	27,1 % (136/501)		25,9 % (59/228)	

Parmi ceux ayant exclu le diagnostic de dépression, il n'existait pas de différence significative selon le statut médecin/interne ni selon la formation en psychiatrie de la personne âgée quant à ce choix (Tableau 27).

IV. DISCUSSION

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

A. Représentativité de la population

La part de femmes médecins généralistes tend à augmenter au fil des années. En janvier 2021, les femmes représentaient 50% des médecins généralistes (65). Dans notre étude, leur participation est majoritaire (70,4 %).

La moyenne d'âge des médecins généralistes actifs est de 49,3 ans en 2021, alors qu'elle était de 50,7 ans en 2012 (65). L'âge moyen de nos répondants médecins généralistes (40 ans) était plus bas que celui de la population des médecins généralistes (MG) de France par la forte participation des médecins jeunes ayant moins de 10 ans d'ancienneté d'exercice (64,2 %) et l'âge jeune des internes (27 ans).

B. Diagnostic de dépression et recours aux échelles

Si nous nous référons aux critères de classification du DSM-V pour caractériser l'intensité de l'EDC de nos vignettes cliniques, la *dépression post-deuil* et la *dépression avec troubles cognitifs* pouvaient être des formes d'intensité **modérée** ; la *dépression mélancolique* étant quant à elle une forme de dépression **sévère** par définition.

Pour la *dépression masquée*, les critères étaient plus difficiles à remplir ce qui fait toute la particularité de cette vignette clinique. Même s'il est vrai qu'il est difficile d'apprécier l'intensité de l'EDC à travers une vignette, de nombreux auteurs s'accordent sur le fait que ces critères ne sont pas adaptés à la personne âgée entraînant un sous-diagnostic par la présentation clinique frustrée ou liée même à l'existence d'une pathologie chronique (diabète, maladie cardiovasculaire) masquant la symptomatologie psychiatrique (24). L'atypie symptomatique de l'EDC de la personne âgée rend son diagnostic plus délicat par une mauvaise adaptation des critères aux particularités sémiologiques du sujet âgé.

Dans notre étude, les MG ont une très bonne capacité à diagnostiquer les formes de dépression dites « **typiques** », notamment la capacité à repérer la *dépression post-deuil* quasi excellente. Pour les formes « **atypiques** », le *masque somatique* a posé beaucoup plus de difficultés avec moins de la moitié des répondants l'ayant repéré. La *dépression avec troubles cognitifs* était correctement diagnostiquée et on pourrait supposer pour ce cas, une meilleure connaissance des

recommandations de la HAS de 2017, incitant la recherche d'un EDC devant toute plainte mnésique (23).

Cependant, si nous prenons l'ensemble des répondants à l'étude, cette capacité à diagnostiquer les 4 formes restait faible (30,5 %).

Pour un diagnostic supposé « clinique » (basé sur les classifications de référence, CIM 10/DSM-V), l'utilisation de la **clinique seule** a été moindre et s'est plutôt vue pour les **formes « typiques »**. On pourrait l'expliquer par le fait que le médecin généraliste, qui est souvent en première ligne et qui a bonne connaissance du patient, semble le plus à même de détecter la symptomatologie sans user d'une classification s'il présente un état thymique pathologique par rupture avec l'état antérieur. Dans la littérature, le fait que l'impression de bien connaître son patient soit nécessaire et suffisant pour prendre des décisions sans utiliser des critères diagnostiques et/ou scores, a déjà été retrouvé pour d'autres pathologies (66).

Le **recours aux échelles** (qu'il soit seul ou en association avec la clinique) était important et semblait différer des résultats d'autres études. Dans une thèse réalisée en 2015 en Picardie sur l'utilisation des échelles psychiatriques chez le patient dépressif, les MG étaient peu nombreux à s'en servir et essentiellement pendant la démarche diagnostique, même si leur utilisation était plus importante en population âgée (67). Dans une thèse plus récente de 2020 réalisée à Lille sur la prise en charge de l'EDC de la personne âgée en cabinet libéral, la majorité des médecins interrogés déclaraient aussi ne pas utiliser d'échelle en consultation (68). La méthodologie utilisée dans cette étude était différente, le fait d'interroger nos répondants sur 4 formes de dépression et non par une question générale comme dans ces deux études, aurait pu entraîner une sur-utilisation des échelles de dépression.

Les échelles les plus utilisées étaient l'échelle d'Hamilton, la mini-GDS et la GDS-15.

L'**échelle d'Hamilton** était la plus utilisée seule. Elle est sans doute la plus connue des échelles psychiatriques de la dépression. Dans une étude nationale de 2012 sur la perception des scores cliniques et leur justification d'utilisation, nous retrouvons des résultats quant à sa fréquence d'utilisation importante où 65 % des 358 MG connaissant l'échelle, l'utilisaient (69). Une thèse de 2017 faisant l'état des lieux des connaissances de cette échelle auprès des MG de Haute-Normandie, montrait aussi que 63 % des médecins la connaissait et que son utilisation était conditionnée notamment par sa connaissance, sa reproductibilité et sa faisabilité. L'informatisation des médecins et sa présence dans les logiciels médicaux semblait être un facilitateur de sa réalisation pour ceux l'utilisant (32).

Il y a peu de données sur la vision des MG sur des cotations spécifiques, notamment pour les échelles de dépression. Les avis concernant sa cotation en cabinet libéral (ALQP003, à 69,12 euro) semblent plus partagés et sa rémunération ne semble pas être un facteur de sa réalisation avec une difficulté des praticiens à en demander le montant (32).

La **mini-GDS** et la **GDS-15** étaient les deux autres échelles les plus utilisées. La mini-GDS a été davantage citée et paraît être l'outil le mieux adapté à la pratique du MG par sa facilité d'utilisation et le peu d'effort pour y répondre. Cependant, elle ne suffit en aucun cas à poser le diagnostic sans se référer aux critères des classifications CIM10/DSM-V. Validée dans les populations de plus de 65 ans par la HAS, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie estime que la mini-GDS est trop peu sensible pour cette population et incite à proposer l'utilisation de la GDS-15 d'emblée aux sujets de plus de 55 ans (70).

L'étude des caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles a permis de noter qu'ils étaient plus jeunes que les répondants n'utilisant pas d'échelles. Leur utilisation était davantage réalisée par les **internes** que par les médecins et, parmi les médecins, ce sont ceux ayant une **ancienneté inférieure à 5 ans** d'exercice qui les utilisaient plus par rapport à ceux exerçant depuis plus de 20 ans. On a également mis en évidence que les **répondants formés** à la psychiatrie de la personne âgée, avaient tendance à plus les utiliser.

On pourrait expliquer la fréquence d'utilisation de ces échelles par une meilleure connaissance et utilisation de celles-ci quand la formation a été réalisée mais aussi par le besoin de confirmation lorsque le doute diagnostique intervient chez les plus jeunes médecins.

C. Orientation au spécialiste

Le **taux d'orientation le plus bas** était retrouvé pour la *dépression post-deuil*. Les médecins généralistes étaient pour 1/4 d'entre eux sûrs du diagnostic et trouvaient le tableau peu complexe. Cependant, presque 1 répondant sur 4 l'orientait majoritairement vers le **géronto-psychiatre**.

La sévérité du tableau, le risque suicidaire et le besoin de complément d'informations sur la conduite à tenir, en plus de l'intérêt de la prise en charge conjointe, incitaient à penser que certains médecins généralistes n'étaient pas très à l'aise avec le fait de prendre en charge un EDC relativement sévère seuls, malgré le peu d'incertitude diagnostique. La part du risque suicidaire déclarée par 1 répondant sur 5 était prise en compte dans l'orientation et pouvait la justifier vers le psychiatre en seconde intention.

Le **taux d'orientation le plus important** était retrouvé pour la *dépression mélancolique*.

Comme la dépression post-deuil, l'incertitude diagnostique n'était pas un argument d'orientation. En revanche, l'intérêt de la PEC conjointe et le besoin de complément d'informations étaient nécessaires devant ce tableau jugé sévère et complexe avec un risque suicidaire accru. Cette orientation se faisait majoritairement auprès du **psychiatre** avec un suivi en **cabinet libéral**. Les médecins généralistes semblaient avoir cerné l'urgence de ce cas avec un adressage au spécialiste adéquat.

Une étude de 2011, réalisée à partir de vignettes cliniques sur la PEC de la dépression *sans critère d'âge*, montrait que 8 médecins sur 10 adressaient leur patient au *psychiatre libéral*, d'autant plus en présence d'une dépression sévère, tout comme une enquête de 2008 sur la PEC des patients dépressifs en soins primaires où 87,3 % (n=1831) des MG déclaraient le psychiatre comme spécialiste de référence (71)(72).

Nous avons été surpris par le *choix de l'hospitalisation complète* intervenant en troisième position malgré qu'il soit plus déclaré dans cette forme que les autres vignettes. Aucune différence n'avait été observée selon le statut ou la formation en psychiatrie des répondants. Dans l'enquête de 2008, les obstacles perçus par les MG étaient *l'insuffisance et les difficultés d'accès des services spécialisés* (72). Cela pourrait être une des raisons expliquant la préférence du suivi en cabinet libéral que l'hospitalisation. Cependant, cette conclusion doit être nuancée car selon les régions, la densité des psychiatres et services spécialisés varie fortement.

Dans l'étude sus-citée de 2011, l'opinion des MG concernant l'accès aux spécialistes en santé mentale montrait que ceux qui jugeaient l'accès difficile, exerçaient dans des départements dépourvus de psychiatres salariés et de cabinets de psychiatres libéraux (71). On pourrait donc aussi supposer qu'une partie de nos praticiens ayant souligné la difficulté d'accès aux spécialistes étaient dans des zones sous dotées.

Les **formes « atypiques »** avaient des taux d'orientation moins élevés que la dépression mélancolique. Ils étaient justifiés par **l'incertitude diagnostique** et la **complexité** des tableaux. Les pourcentages des spécialistes choisis étaient variables et divisés entre les *différentes spécialités somatiques* : le **géronto-psychiatre** était cité pour la *dépression masquée* mais le gériatre, psychiatre et spécialiste d'organe étaient aussi évoqués. Pour la *dépression avec troubles cognitifs*, le **gériatre** était le spécialiste de référence mais géronto-psychiatre et neurologue étaient également déclarés. Cela pourrait témoigner d'une volonté des médecins généralistes à adresser leurs patients pour avis et bilan comprenant l'élimination d'autres pathologies organiques au préalable.

Les **répondants, n'orientant pas**, étaient globalement sûrs du diagnostic pour les formes typiques et l'absence d'orientation ne semblait pas liée à un défaut d'identification du spécialiste. La raison principale était bien la **difficulté d'accès pour l'ensemble des vignettes cliniques**. Cette difficulté d'accès ne semble alors pas se limiter au psychiatre mais aussi au gériatre (réfèrent majoritairement déclaré de la *dépression avec troubles cognitifs*) et gérontopsychiatre (réfèrent de la *dépression post-deuil* et *dépression masquée*).

Par ailleurs, il faut nuancer l'argument de « l'aisance de la prise en charge » que l'on retrouve dans les 4 formes comme un argument de non-orientation par rapport à la méthodologie utilisée puisque nous nous sommes intéressés qu'aux extrêmes.

Dans notre étude, le CMP était déclaré par 1 répondant sur 3 voire plus d'un tiers des répondants pour la dépression post-deuil. Dans l'étude nationale de 2011, peu de médecins (6 %) y adressaient leurs patients avec des freins identifiés tels que les délais longs d'obtention de rendez-vous (66 %), l'absence de retour d'information (59 %), le manque de collaboration des MG avec le CMP (57 %) ou encore la réticence des patients (47 %) (71). Sans notion des freins de nos MG à l'orientation au CMP, nos résultats sont finalement encourageants avec un meilleur adressage vers cette structure qu'auparavant.

Une enquête sur la satisfaction des MG sur leur collaboration avec les professionnels en santé mentale montrait que la coopération améliorait la prise en charge pour 82 % des MG, l'accès aux soins pour 74 % d'entre eux et les compétences des MG dans 69 % des cas. Cependant, 2 médecins sur 3 se déclaraient insatisfaits. La fréquence d'insatisfaction était de 54 % en région PACA (71). Dans notre étude, le *défaut de retour d'information* a été peu évoqué pour l'ensemble des vignettes, on pourrait imaginer une amélioration en cours de la communication entre les spécialistes.

D. Initiation du traitement antidépresseur et prise en charge médicale associée

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, l'instauration du traitement antidépresseur doit être discutée à partir des formes modérées (73).

La **prescription d'antidépresseur** était quasiment totale pour la forme typique post-deuil.

Qu'ils prescrivent ou non un antidépresseur, les médecins généralistes ne remettaient pas en cause l'efficacité du traitement, considéraient la prescription initiale relevant de leurs compétences et avaient conscience du risque iatrogénique.

Le risque évolutif du deuil est triple : maintien d'une réaction dépressive, comportement régressif et risque suicidaire. Des études comparatives ont pu identifier certains facteurs-clés

du risque suicidaire du sujet âgé dont le deuil et le veuvage font partis (74). Ceux prescrivant le traitement avaient conscience de son rôle dans la **prévention du risque suicidaire** dans la *dépression post-deuil* et la *dépression mélancolique*. Les MG étaient sensibilisés à ce rôle et ils étaient sensibilisés finalement aux facteurs de risque du suicide présents dans ces deux vignettes notamment pour la *dépression post-deuil*. Il est donc encourageant que les médecins généralistes de notre étude ne banalisent pas cette situation lorsque l'on sait que le repérage du risque suicidaire est aussi réputé plus difficile que chez les personnes jeunes (75).

Pour la *dépression mélancolique* et les formes « *atypiques* », la prescription d'ATD était moins franche, aux alentours de 60 % seulement.

La limite principale à la prescription, dans ces trois vignettes, était le **doute diagnostique** pour plus d'un tiers des répondants. Le second frein était le **risque iatrogénique** pour les formes atypiques pour 1 répondant sur 7. La peur de la **levée d'inhibition** avec le risque suicidaire majoré s'ajoutait dans la *dépression mélancolique*. Le *taux d'orientation des non-prescripteurs* était supérieur à celui des prescripteurs appuyant l'hypothèse que les médecins généralistes souhaitent un avis spécialisé quant à la conduite à tenir et quant à l'élimination de diagnostics différentiels avant d'instaurer le traitement.

Pour l'ensemble des vignettes et d'autant plus dans la *dépression avec troubles cognitifs*, le rôle du traitement antidépresseur dans la **prévention du risque de maladie neurodégénérative** n'était pas un argument d'initiation du traitement antidépresseur, *sauf pour les médecins formés*. La relation entre démence et dépression fait l'objet depuis plusieurs années de nombreuses controverses. Des études ont retrouvé une association entre la survenue d'une démence et l'usage d'antidépresseurs tandis que d'autres études ont retrouvé une arrivée de la démence plus tardive (76) : une étude publiée en 2017 dans « The American Journal of Psychiatry » montrait le bénéfice d'un traitement par ISRS à long terme (> 4 ans) chez des patients atteints d'une déficience cognitive légère avec antécédents de dépression. Cette prescription d'ISRS à long terme semblait retarder la progression vers la maladie d'Alzheimer d'environ trois ans (77). Dans notre étude, les non-formés à la psychiatrie du sujet âgé ne semblaient pas informés sur ce rôle préventif.

Sur la prise en charge médicale, la **prescription d'anxiolytiques** s'est vue majoritairement pour la *dépression post-deuil* et la *dépression mélancolique*.

La **co-prescription d'un antidépresseur et d'un anxiolytique** a surtout été choisie pour la **forme sévère** par plus de la moitié des répondants (*dépression mélancolique*). Cette co-prescription s'est également retrouvée de façon non-significative dans le groupe « prescripteurs » de la *dépression post-deuil*, ce qui semble montrer la volonté des médecins généralistes à prévenir le risque suicidaire. Une étude sur les déterminants de la co-prescription antidépresseur/anxiolytique en médecine générale, datant de 2008 et réalisée à Marseille, tendait à dire que les médecins généralistes semblaient réaliser ces co-prescriptions afin de limiter justement les insomnies et les réactions anxieuses voire suicidaires lors de l'initiation du traitement ATD (78).

La prescription d'**hypnotiques** a été rare et s'est vue davantage en co-prescription avec l'ATD. Il n'y a pas lieu à associer systématiquement un ATD avec une BZD mais la co-prescription d'un antidépresseur et d'un anxiolytique ou hypnotique est relativement fréquente. Une revue de la littérature publiée en 2019 dans la Cochrane soulignait qu'un traitement par ATD associé aux BZD était plus efficace que les ATD seuls dans la **phase précoce** du traitement mais ces effets n'étaient pas maintenus sur le long terme (79). La Haute Autorité de Santé recommande en partie cette association concomitante en cas d'agitation, d'anxiété et d'insomnies invalidantes pour une durée limitée, et à condition que l'analyse de la balance bénéfice/risque soit favorable (faible posologie, réévaluation régulière de l'indication)(57).

La prescription isolée de benzodiazépines a finalement été peu réalisée par nos répondants. Ce résultat est encourageant puisque les risques en lien avec la iatrogénie sont supérieurs aux bénéfices de leur utilisation au long cours (80). Les prescriptions d'un anxiolytique ou hypnotique seul n'ont pas lieu d'être dans le traitement de la dépression. L'introduction d'un antidépresseur à effet anxiolytique et/ou sédatif peut limiter le risque iatrogénique tout en étant efficace (73).

Les prescriptions déclarées par les médecins généralistes de l'étude semblaient globalement correctes mais les connaissances quant au traitement ne semblaient pas optimales.

Les médecins généralistes s'étaient très peu prononcés sur la **sismothérapie**. Pourtant l'efficacité de l'ECT dans la dépression majeure est bien établie (79). Elle est bien tolérée, même après 80 ans et n'entraîne pas d'effets secondaires particuliers à l'exception de troubles mnésiques postcritiques transitoires (81). Elle est aussi une option de traitement pour les patients gériatriques atteints de comorbidités graves et/ou résistants au traitement (82). Une

méconnaissance de cette pratique relevant du domaine de la spécialité psychiatrique, une mauvaise perception et une réticence à son utilisation ou encore une inquiétude sur les effets secondaires sur la cognition sont autant d'hypothèses qui pourraient expliquer l'absence de choix de cette pratique pourtant efficace et recommandée dans les formes sévères de dépression. Cependant, une meilleure information de cette pratique donnée aux médecins généralistes, permettrait probablement d'éviter un retard de prise en charge thérapeutique pour certaines formes de dépression.

E. Prise en charge paramédicale et sociale

Les médecins généralistes semblaient avoir une opinion favorable à la **prescription de psychothérapies** peu importe l'association ou non à un antidépresseur et cela pour plus de $\frac{3}{4}$ des cas, y compris pour la dépression avec troubles cognitifs qui ne constituait pas un frein à leur prescription.

Ils semblaient être en accord avec les recommandations de la HAS où la psychothérapie est directement associée à un antidépresseur en cas de forme sévère. C'est le cas de la *dépression mélancolique* où le groupe « prescripteurs » d'ATD se voyait prescrire une psychothérapie de façon beaucoup plus importante que les non-prescripteurs. C'est un point positif car les MG semblent reconnaître l'efficacité de ce traitement. Dans l'enquête nationale menée en 2011, 72% des médecins généralistes déclaraient que les psychothérapies constituaient un traitement de la dépression au même titre que les médicaments. Malheureusement, nous n'avons pas précisé le type de psychothérapies ce qui constitue un biais de l'étude. Même si nos médecins généralistes semblaient reconnaître l'importance de celles-ci, il faut préciser qu'une grande partie des MG semble encore demandeurs de formations complémentaires sur les différents types de psychothérapies et leurs indications (71). Le nombre élevé de psychothérapies existantes pourrait être à l'origine de difficultés quant à la distinction de celles-ci.

Pour le reste de la prise en charge paramédicale et sociale, nous voyons l'importance que les médecins généralistes accordaient à la prise en charge globale du sujet âgé dépressif. Seule la prise en charge sociale de la dépression mélancolique était moindre que dans les autres vignettes cliniques ce qui peut se comprendre assez facilement par le degré d'urgence de ce tableau.

La prise en charge de la dépression implique aussi celle de la dénutrition, de la rééducation physique et de tout autres déficits sensoriels afin de maintenir l'autonomie et la qualité de vie

de la personne âgée (83). Les résultats de notre étude confirmaient que les médecins généralistes avaient une bonne compréhension de la complexité de cette prise en charge. En effet, la **prise en charge nutritionnelle** était associée notamment lorsqu'une perte de poids était évoquée dans la *dépression post-deuil*. La **prise en charge fonctionnelle** par l'activité physique et la kinésithérapie intervenait de façon importante dans la *dépression masquée* tandis que le **bilan mémoire** était prescrit davantage dans la *dépression avec troubles cognitifs* (89,3 %) et dans la *dépression mélancolique* (65,9 %) par le groupe « non-prescripteurs » d'ATD où ces répondants semblaient nécessiter un bilan approfondi avant l'instauration du traitement.

Les **aides à domicile**, la sollicitation du **réseau personne âgée** ou encore le **club sénior** se sont vus prescrits dans plus de 80 % des cas minimum pour les dépressions post-deuil, masquée et avec troubles cognitifs. Les médecins généralistes connaissaient donc l'importance de la prise en charge sociale permettant de lutter contre le cercle vicieux de l'isolement et de la solitude. Plusieurs programmes ont d'ailleurs vu le jour à travers le monde et témoignent de l'importance de cette PEC comme par exemple l'expérience de De Leo dans le nord de l'Italie illustrant comment le développement d'un réseau social de soutien par téléphone a fait chuter les taux de suicide sur le long terme (84), les études IMPACT et PROSPECT intervenant au niveau des soins primaires ont également fait leurs preuves avec une diminution des taux de dépression, des idées suicidaires et une augmentation de la qualité de vie des personnes (84). On peut encore citer le programme MObilisation NAtionale contre L'ISolement des Âgés (MONALISA) rassemblant 448 organisations qui luttent ensemble contre l'isolement des personnes âgées (85).

F. Les bénéfices de la formation

Les médecins formés étaient plus âgés que les non formés, mais il n'y avait pas de différence par rapport à l'ancienneté d'exercice.

La formation a eu un intérêt tout d'abord dans le **diagnostic de la dépression**. Malgré la faible capacité des médecins généralistes à diagnostiquer les 4 formes (30,5 %), les médecins formés avaient plus de facilité à les repérer.

La formation leur permettait de mieux repérer individuellement les formes « atypiques » et la dépression mélancolique mais surtout de mieux diagnostiquer le **masque somatique**.

*Leur taux d'orientation au spécialiste était moins important que celui des non-formés avec une différence notable pour la dépression masquée. Il était **plus facile pour eux d'identifier** le spécialiste, ce qui suggère une meilleure connaissance du réseau.*

Les médecins formés prescrivait plus d'antidépresseur notamment dans la **dépression post-deuil** et la **dépression avec troubles cognitifs**. Ils étaient plus sensibles sur le rôle du traitement antidépresseur dans la **prévention du risque de maladie neurodégénérative** notamment pour la dépression avec troubles cognitifs.

Dans la dépression post-deuil, les médecins formés étaient plus sûrs de leur prescription en mettant en avant aussi son rôle dans la **prévention du risque de dépendance** et semblaient craindre moins le risque iatrogénique que les non-formés.

Par contre, concernant la prise en charge médicale associée, il n'y avait pas de différence entre formés et non formés sur la prescription d'anxiolytiques ni d'hypnotiques.

Le ressenti d'un besoin de formation touchait 79,1% des répondants et à peine un répondant sur six était formé. Les répondants formés, étaient moins nombreux à avoir déclaré ressentir le besoin d'une formation. Parmi les MG ressentant le besoin d'une formation, ce sont les jeunes médecins qui déclaraient en avoir le plus besoin.

Il existe un manque de formation mais la méthodologie de notre étude a pu attirer un plus grand nombre de répondants non-formés, intéressés par le sujet et désirant une formation. Cela pourrait être une autre hypothèse au faible pourcentage de répondants formés à la psychiatrie de la personne âgée.

G. Prise en charge des internes : principales limites

Les internes avaient moins de facilités à repérer les 4 formes de dépression par rapport aux médecins : seul 1 interne sur 5 y parvenait. Ils avaient cependant une bonne capacité à diagnostiquer les formes « typiques » notamment la *dépression post-deuil* (95,8 %). On retrouve dans la **dépression masquée** toutes les difficultés de son repérage avec seulement un interne sur trois la diagnostiquant. L'utilisation des échelles de dépression pour les formes « typiques » et la dépression masquée était plus importante que chez les médecins malgré un moins bon diagnostic. La moins bonne utilisation des échelles par les internes pourrait être nuancée par la difficulté diagnostique pour la dépression masquée, mais pas pour les autres formes de dépression.

Chez les internes, on observait une *prescription d'antidépresseur moindre* que chez les médecins notamment pour la *dépression post-deuil* et la *dépression masquée*.

Pour la **dépression post-deuil**, ils ne remettaient pas en cause l'efficacité du traitement et étaient plus conscients du risque iatrogénique mais ils étaient moins nombreux à considérer que la prescription relevait de leurs compétences. L'étude des arguments en faveur à l'initiation de l'ATD a mis en évidence que les internes avaient *peu de notions* sur le rôle du traitement dans **les préventions de maladie neurodégénérative et de dépendance**. On pourrait alors supposer que le manque de connaissances théoriques et la sévérité du tableau faisaient que les internes considéraient la prise en charge thérapeutique difficilement réalisable seuls.

Concernant la prise en charge annexe, les internes prescrivait *moins d'anxiolytiques* dans la **dépression mélancolique**, peut-être en lien avec une moindre implication dans la prise en charge thérapeutique dû à l'urgence du cas. Ils évoquaient plus la *sismothérapie* que les médecins dans la **dépression mélancolique** et post deuil, peut-être par une application des connaissances théoriques quant à son utilisation pour les dépressions sévères. Par ailleurs, les internes semblaient plus impliqués dans la prise en charge paramédicale et sociale.

La comparaison des pratiques entre médecins et internes a mis en évidence que la formation des internes concernant la prise en charge de la dépression, notamment thérapeutique, n'était pas satisfaisante. Par contre, la quasi-totalité des internes (94,5 %) étaient soucieux d'avoir une formation à la psychiatrie de la personne âgée.

Le manque de formation des internes de MG pourrait être lié à l'hétérogénéité et l'inégalité de la formation à la psychiatrie sur le territoire français. Dans une enquête nationale réalisée en 2018 sur la formation des internes de MG, l'état des lieux montrait que son volume horaire moyen était de 10,6 heures sur les trois années d'internat. Des groupes d'échanges pratiques ou des formations médicales continues (FMC) proposées par les syndicats d'internes existent mais la diversité de leurs thématiques n'assure pas à l'interne de médecine générale une formation spécifique (86).

L'enquête révélait aussi que, pour 80% des Départements de Médecine Générale, les principaux enseignants étaient des médecins généralistes. Certaines compétences transversales gagneraient à être abordées par un psychiatre ou un professionnel de santé mentale non-médecin. Les internes pourraient alors développer une meilleure compréhension des pathologies psychiatriques et de leur prise en charge pour les adapter à leur pratique. Par ailleurs, le nombre de stages proposés s'avère assez faible. Proposer davantage de stages ambulatoires en psychiatrie permettrait à l'interne de multiplier les expériences de terrain. Son apprentissage des soins psychiatriques pourrait ainsi devenir plus pertinent pour sa pratique future.

H. Forces et limites de l'étude

Il ne s'agit pas de la première étude explorant la prise en charge de la dépression chez les médecins généralistes sous formes de vignettes cliniques mais cette méthodologie est encore très peu utilisée et elle a l'avantage d'être la **première étude nationale de ce type à s'intéresser aux personnes âgées** comprenant la description de tableaux atypiques.

Notre échantillon a été réalisé avec la participation de 95 départements, soit **94% de l'ensemble du territoire français**. Malgré le fait que le taux final de participation ne pouvait être connu en raison de la diffusion du questionnaire par des tiers, **le nombre de réponses récoltées était important, cela renforce la validité externe de notre étude**. Il nous a permis de faire des comparaisons entre sous-groupes (médecins/internes et formés/non-formés).

Au 1er janvier 2021, les médecins généralistes de moins de 70 ans en activité étaient au nombre de 94 538 (65). Le nombre de répondants à cette étude *n'est pas forcément représentatif* des MG de toute la France, vu le nombre d'effectifs nationaux de médecins et d'internes dans cette spécialité ainsi que le faible nombre de réponses obtenues dans certains départements.

L'échantillon a été réalisé par l'envoi d'un questionnaire par voie électronique aux différents CDOM, URPS et DUMG de France. Cela pouvait être à l'origine de *biais de sélection* notamment de *recrutement* par la participation basée sur le volontariat. L'anonymat des répondants constituait une limite car nous ne pouvions pas nous assurer de leur spécialité. Un risque de *biais d'information* était alors possible, même si, dans le questionnaire, une question spécifiquement dédiée avait été insérée. En plus, le nombre de réponse par personne ne pouvait être réellement limité, même s'il existait une question demandant aux participants le nombre de fois où ils avaient répondu.

Le travail réalisé a permis de pousser la **réflexion sur des vignettes cliniques** abordant des situations pouvant survenir dans la pratique. Cela représente un intérêt de pouvoir être utilisé auprès d'un *grand échantillon de MG*. Un recueil de données de consultation aurait été beaucoup plus difficile à mettre en place. Cependant, l'étude reste basée sur un questionnaire, il est possible que les réponses des médecins ne reflètent pas tout à fait leurs pratiques réelles : des *biais de déclaration*, de *désirabilité sociale* sont possibles. On peut citer également le *biais de conformisme*, celui qui met en avant un comportement en accord avec ce qui est attendu d'un individu dans une situation donnée. Un certain nombre de répondants aurait pu privilégier des

réponses jugées comme « justes » d'après les recommandations de bonnes pratiques lorsqu'ils ont répondu à notre questionnaire.

Les vignettes sont malheureusement *un peu réductrices*, ne permettant pas de prendre en compte la durée et la nature de la relation qui lie le patient à son médecin généraliste, ni les polyopathologies prévalant chez les personnes au grand âge. Le questionnaire ne pose pas la question détaillée des interactions médicamenteuses chez les personnes souvent polymédicamentées ni finalement l'hypothèse d'une origine iatrogénique de la symptomatologie observée.

Cependant, cette étude est originale car elle rentre dans le cadre d'une thèse exercice qui aboutira à la comparaison des pratiques de 3 spécialités sur une même pathologie, considérée comme un enjeu majeur de Santé Publique.

V. Conclusion et perspectives

Cette étude a mis en évidence des problèmes notamment diagnostiques avec la reconnaissance difficile des formes « atypiques », une utilisation des échelles inadéquate selon le statut, une difficulté d'accès aux spécialistes toujours présente, une communication et une coordination entre médecins généralistes et spécialistes de santé mentale à renforcer ou encore une prise en charge thérapeutique à améliorer.

Une meilleure coordination des soins passe par une meilleure formation des professionnels notamment des internes de médecine générale. Les formations semblent encore trop cloisonnées, trop spécialisées, sans formation de terrain. Les internes n'ont qu'une occasion réduite de réaliser un stage en psychiatrie alors que la formation pratique joue un rôle dans la prise en charge des patients dépressifs.

D'un point de vue diagnostique, l'utilisation des échelles de dépression pourraient être incluses à des formations afin d'en permettre une meilleure utilisation pour mieux les connaître et mieux les intégrer dans une consultation de médecine générale.

La formation théorique pourrait être améliorée par une meilleure collaboration et intervention conjointe des médecins généralistes et spécialistes de la santé mentale. *Une étude de type qualitative pourrait être réalisée auprès des internes de MG de Marseille sur le ressenti de la formation à la psychiatrie* comme il a été réalisé à Grenoble (87) avec une partie plus axée sur la dépression de la personne âgée afin de mettre en évidence de façon plus concrète les difficultés de la formation et les cibler afin de les améliorer.

Par ailleurs, on pourrait lors du troisième cycle, essayer de proposer des enseignements interactifs s'adressant à de petits groupes d'internes, animés par un binôme MG-psychiatre ou encore gériatre comme développés à la faculté de Montpellier (88). On pourrait ainsi sensibiliser davantage les jeunes internes aux problématiques soulevées de la dépression du sujet âgé sous formes de rappels de cours mais aussi sous forme de jeux de rôles par exemple.

La psychiatrie de la personne âgée a officiellement été reconnue au sein de la psychiatrie lors de la réforme du troisième cycle en 2017. Cette *jeune surspécialité* est alors pleine d'espoir en vue d'améliorer cette coordination et même le lien avec la pratique libérale.

Il serait aussi important d'améliorer l'information des internes concernant l'existence de Formations médicales continues ou de diplômes universitaires/interuniversitaires de géronto-gériatrie et de géronto-psychiatrie.

Notre étude a également permis de mettre en évidence l'importance du besoin de renforcer la formation des médecins généralistes sur les particularités diagnostiques propres à la personne âgée mais surtout sur la nécessité de renforcer leurs connaissances sur les pathologies neurodégénératives et d'informer et lutter contre la réticence de la pratique à la psychothérapie.

Enfin, le médecin généraliste a une place centrale dans le dispositif d'accès aux soins mais l'absence d'offre de soins est encore trop inégale sur le territoire. Le réseau de soins est encore à améliorer notamment avec les structures déjà existantes comme les CMP par exemple. Le développement de la télémédecine pour la réalisation d'une consultation spécialisée pourrait être une piste d'amélioration afin de pallier le manque de spécialistes dans les zones sous-dotées. Il est important de continuer à informer le grand public et les professionnels de santé sur les particularités de la dépression chez la personne âgée et sur le risque suicidaire majoré dans cette population.

Enfin, la comparaison des prises en charges de la dépression du sujet âgé avec les gériatres et les psychiatres permettront aussi de cibler les difficultés de chaque spécialité afin d'améliorer la formation, la prise en charge, la communication et la coordination de ces trois spécialités. Le travail final aura pour but de sensibiliser à la problématique de la dépression de la personne âgée et d'améliorer la prise en charge et la coordination entre les différentes spécialités impliquées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Définition du vieillissement par l'OMS - Vieillesse et santé. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Promouvoir la participation sociale des personnes âgées.pdf. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2018/promouvoir-la-participation-sociale-des-personnes-agees-le-dossier-de-la-revue-la-sante-en-action-n-443-mars-2018>
3. Définition de la dépression. Disponible sur : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
4. Classification Internationale des Maladies, version 10. Disponible sur : <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F30-F39>
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
6. Pull C. 12. Critères diagnostiques qualitatifs d'un épisode dépressif. Lavoisier ; 2018 Disponible sur : <https://www.cairn.info/actualites-sur-les-maladies-depressives--9782257207333-page-131.htm>
7. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Haute Autorité de Santé - Octobre 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201710/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf
8. Population par sexe et groupe d'âges - Insee. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2
9. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee - 1320. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
10. James SL, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* nov 2018 ;392(10159):1789-858. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014gv0673618322797>
11. Montagnier D. Trajectoires de symptômes dépressifs chez les sujets âgés : profils, déterminants et événements évolutifs à partir des données sur 20 ans de la cohorte PAQUID. :208.
12. Luppá M, et al. Age and gender specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 1 févr 2012 ;136(3):212-21. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710007305>
13. Giordana JY, et al. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. *L'Encéphale* janv 2010 ;36(3):59-64. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001370061070018X>

14. Limosin F, et al. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. NPG oct 2015 ;15(89):256-61. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483015000057>
15. Tabue-Teguo M, 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 Ser A. 1 janv 2018 ;73(1):109-16. Disponible sur : <http://academic.oup.com/biomedgerontology/article/73/1/109/3852138>
16. Chan Chee C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La dépression en France : enquête Anadep 2005. Saint-Denis : INPES; 2009. 203 p. (Études santé).
17. Léon C. 14. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre Santé 2017 / Depression in France among the 18-75 year-olds: results from the 2017 health barometer. :8.
18. Luppia M, et al. Age and gender specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord févr 2012 ;136(3):212-21. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032710007305>
19. Bonin-Guillaume S, et al. Mise en évidence d'un ralentissement psychomoteur spécifique à la dépression chez le sujet âgé. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2016;6:8.
20. Limosin F, et al. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. NPG oct 2015 ;15(89):256-61. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483015000057>
21. Thomas P, et al. Depression in elderly. Rev Prat. 1 mars 2008;58:389-93.
22. Pieretti E. Risque vasculaire et apparition de dépression chez des personnes âgées de plus de 65 ans sur une période de 8 ans et présentant une plainte mnésique. :157.
23. Favre-Bonté - 2017 - Haute Autorité de santé.pdf. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Argumentaire scientifique. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf
24. Aurore H. 7. Haute Autorité de santé - Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les seniors de 55 ans et plus. 2014;44.
25. Calvet B, Clément J-P. DSM-5 et la psychiatrie de la personne âgée. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil 1 mars 2014 ;12(1):52-62. Disponible sur : http://www.jle.com.lama.univ-amu.fr/fr/revues/gpn/e-docs/dsm_5_et_la_psychiatrie_de_la_personne_agee_300064/article.phtml?tab=texte
26. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. Psychother Psychosom. 2010;79(5):285-94
27. Lacoste L, Trivalle C. Échelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatologique. NPG avr 2005 ;5(26):44-51. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483005825656>

28. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Which version of the geriatric depression scale is most useful in medical settings and nursing homes? Diagnostic validity meta-analysis. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. déc 2010;18(12):1066-77.
29. Shin C, et al. Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. *J Affect Disord* 1 déc 2019 ;259:370-5. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719303660>
30. Burke WJ, et al. Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc*. sept 1989;37(9):856-60.
31. Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé. 2017;331.
32. Leroux A. L'échelle de dépression de Hamilton : état des lieux auprès de médecins généralistes en Haute-Normandie. :96.
33. Mathilde M. Université Paris Diderot - Outils de dépistage de la dépression du sujet âgé - 2014 PARIS 7. :90.
34. Roblin - 2015 - Les dépressions du sujet âgé du diagnostic à la .pdf. - NPG. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483014002013>
35. Pascal de Raykeer R, et al. 2. 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* sept 2019 ;256:164-75. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032718332269>
36. Sivertsen H, et al. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2015 ;40(5-6):311-39. Disponible sur : <https://www.karger.com/Article/FullText/437299>
37. Wei J, et al. 5. 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* août 2019 ;215(2):449-55. Disponible sur : https://www.cambridge.org/core/product/identifler/S0007125019000746/type/journal_article
38. Roblin - 2015 - Les dépressions du sujet âgé du diagnostic à la .pdf. - NPG
39. Bazin N. 19. Conduites suicidaires et dépression du sujet âgé. 2004;2:5
40. La mortalité par suicide en France en 2006. :8.
41. PDépression chez la personne âgée : repérer, évaluer, identifier les risques suicidaires et prendre en soins. Programme MobiQual. Disponible sur: http://www.mobiqua.org/depression/sources/dom-presentation/plaquette_depression_domicile.pdf
42. Katon WJ, et al. 5bis. Increased Medical Costs of a Population-Based Sample of Depressed Elderly Patients. *Arch Gen Psychiatry* 1 sept 2003 ;60(9):897-903. Disponible sur : <https://jamanetwork-com.lama.univ-amu.fr/journals/jamapsychiatry/fullarticle/207831>

43. Lamboy B, et al. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. Mars 2007;55(3):222-7. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762007000892>
44. Kovess-Masféty V, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. BMC Public Health. 31 juill 2007;7(1):188. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-188>
45. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de>
46. Drunat O, et al. Dépression du sujet âgé : l'affaire du gériatre. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie 1 oct 2014 ;14(83):255-8. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483014001081>
47. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
48. Cadre référentiel ETP Paerpa Dépression. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa_depression.pdf
49. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte, prise en charge thérapeutique et suivi. Argumentaire scientifique II - 2017 - Haute Autorité de santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_pec.pdf
50. Judith É, et al. Psychothérapies du sujet âgé. Inf Psychiatr. 10 déc 2015 ;Volume 91(9):747-54. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-9-page-747.htm>
51. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte, recommandations pour la pratique clinique - 2017 - Haute Autorité de santé.pdf. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
52. Unützer J, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA. 11 déc 2002;288(22):2836-45.
53. Cuijpers P, et al. Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. Am J Psychiatry 1 juin 2011 ;168(6):581-92. Disponible sur : <https://ajp-psychiatryonline-org.lama.univ-amu.fr/doi/full/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>
54. Cuijpers P, et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry. 2014 ;13(1):56-67. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/wps.20089>
55. Gallarda et Lôo - 2009 - Dépression et personnes âgées.pdf.

56. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA 23 mai 2017 ;317(20):2114. Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.5706>
57. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte, prise en charge thérapeutique et suivi. Argumentaire scientifique II - 2017 - Haute Autorité de santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_pec.pdf
58. Kok RM, et al. 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.
59. Tayaa S, et al. Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé. 2020;18:9..
60. Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. Transl Psychiatry 5 août 2019 ;9(1):1-16. Disponible sur : <https://www.nature.com/articles/s41398-019-0514-6>
61. Laroche M-L, et al. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Médecine Interne juill 2009 ;30(7):592-601. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0248866308007947>
62. Bonin-Guillaume S, Benoit M. Troubles psychiques et bon usage des psychotropes chez le sujet âgé. :17.
63. Wang PS, et al. Suboptimal Antidepressant Use in the Elderly. J Clin Psychopharmacol avr 2005 ;25(2):118-26. Disponible sur : https://journals.lww.com/psychopharmacology/Abstract/2005/04000/Suboptimal_Antidepressant_Use_in_the_Elderly.3.aspx
64. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_psychotropes_version_longue_190208.pdf
65. Anguis M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
66. Eichler K, et al. Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care: a postal survey. BMC Fam Pract 3 janv 2007 ;8:1. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1766351/>
67. TOURNANT Benoît - L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes. Faculté de médecine d'Amiens. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293346/document>
68. ROBERT Mathilde - Prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de la personne âgée en cabinet de médecine générale - 2020. Université de Lille. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f055a6e3-b60f-4824-8fa4-9405e364f3ed>

69. Sarazin M, et al. A survey of French general practitioners and a qualitative study on their use and assessment of predictive clinical scores. *Int J Gen Med* 25 juin 2013 ;6:419-26. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699135/>
70. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus - 2014 - Haute Autorité de santé.pdf. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaire_art_53_depression_sujets_ages_vf_2015-02-16_15-33-53_53.pdf
71. Dumesnil H, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Inf Psychiatr* 12 juin 2014 ;Volume 90(5):341-52. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-341.htm>
72. Mercier A, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale* juin 2010 ;36:D73-82. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700609001523>
73. Haute Autorité de santé. 2017;380.
74. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
75. Richard-Devantoy S, et al. 20. Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge? *Santé Ment Au Qué* 18 mars 2013 ;37(2):151-73. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/1014949ar>
76. B Brender R, et al. An update on antidepressant pharmacotherapy in late-life depression. *Expert Opin Pharmacother.* oct 2021;22(14):1909-17.
77. Impact of SSRI Therapy on Risk of Conversion From Mild Cognitive Impairment to Alzheimer's Dementia in Individuals With Previous Depression | *American Journal of Psychiatry*. Disponible sur : <https://ajp-psychiatryonline-org.lama.univ-amu.fr/doi/10.1176/appi.ajp.2017.17040404>
78. Verger P, et al. Determinants of Coprescription of Anxiolytics with Antidepressants in General Practice. *Can J Psychiatry* 1 févr 2008;53(2):94-103. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/070674370805300204>
79. Ogawa Y, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2019 ;(6). Disponible sur : <https://www-cochranelibrary-com.lama.univ-amu.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001026.pub2/full>
80. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_psychotropes_version_longue_190208.pdf
81. Salzman C, et al. 38. Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996–2001: a literature review. *Biol Psychiatry* 1 août 2002 ;52(3):265-84. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322302013379>

82. Kerner N, et al. Current electroconvulsive therapy practice and research in the geriatric population. *Neuropsychiatry* févr 2014 ;4(1):33-54. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000084/>
83. Épisode dépressif caractérisé, recommandations pour la pratique clinique - 2017 - Haute Autorité de santé.pdf. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
84. Lapierre S, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis J Crisis Interv Suicide Prev* 2011 ;32(2):88-98. Disponible sur : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=2011-10890-006&lang=fr&site=ehost-live>
85. Rapport Monalisa. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000425.pdf>
86. Bez C, Lepetit A. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France : résultats d'une enquête nationale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* janv 2018 ;176(1):48-54. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448717302044>
87. Armand A, Mauchamp V. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale de Grenoble : expériences vécues et attentes. :110.
88. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Rapport méthodologique d'élaboration. Septembre 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf

ANNEXES

Annexe 1_ Critères diagnostiques d'un EDC d'après la CIM-10(1)

- 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 (5)

- 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 (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_ Définition de la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10 et DSM-5 (7)

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes	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_ Échelle de dépression gériatrique – Version française brève de la GDS (1)

En l'absence de détérioration cognitive sérieuse, la mini GDS est un très bon outil de repérage.

MINI GDS		
Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.		
1	Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3	Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COTATION Question 1 oui : 1 non : 0 Question 2 oui : 1 non : 0 Question 3 oui : 0 non : 1 Question 4 oui : 1 non : 0		SCORE : <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression. • Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression. 		
<small>Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. Encephale 1997 ; 23 : 91-99.</small>		

Annexe 5_ Échelle de dépression gériatrique - GDS 15 items (1)

GDS 15 items		
Nom du patient :	Prénom du patient :	
Date de naissance du patient :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date du test :
Nom et status de l'accompagnant :		
Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernières semaines).		
Comptez 1 si la réponse est : NON aux questions 1, 5, 7, 11, 13		
	OUI aux autres questions	OUI NON
1	Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Vous ennuyez-vous souvent ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Avez-vous beaucoup d'énergie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Calculez le score : <input type="text"/> /15
Résultats :		
<ul style="list-style-type: none"> • Le score normal est inférieur à 5. • À partir de 5 il y a un risque de dépression. • Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère. 		
<small>[Cette échelle est validée pour le dépistage systématique de la dépression mais n'est pas suffisante à elle seule pour établir un diagnostic.]</small>		

Annexe 6 - Échelle de dépression de Hamilton (91)

- 1- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)
0 Absente.
1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression facile, attitude, voix, pleurs).
4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.
- 2- Sentiments de culpabilité
0 Absents.
1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.
- 3- Suicide
0 Absent
1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
3 Idées ou gestes de suicide.
4 Tentatives de suicide.
- 4- Insomnie du début de nuit
0 Pas de difficulté.
1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.
- 5- Insomnie du milieu de nuit
0 Pas de difficulté.
1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
2 Il se réveille pendant la nuit.
- 6- Insomnie du matin
0 Pas de difficulté.
1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
2 Incapable de se rendormir s'il se levé.
- 7- Travail et activités
0 Pas de difficulté.
1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.
- 8- Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)
0 Langage et pensées normaux.
1 Leger ralentissement à l'entretien.
2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
3 Entretien difficile.
4 Entrevue impossible (la personne se trouve dans un état de stupeur).
- 9- Agitation
0 Aucune.
1 Crispations, secousses musculaires.
2 Joue avec ses mains, ses cheveux...
3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres...
- 10- Anxiété psychique
0 Aucun trouble.
1 Symptômes légers (par ex. une tension subjective, irritabilité, perte de concentration) 2 Symptômes modérés (par ex. la personne se soucie de problèmes mineurs)
3 Symptômes sévères (par ex. une appréhension apparente apparaît dans l'expression faciale et la parole)
4 Symptômes très invalidants (par ex. la personne exprime une peur sans que l'on pose de questions)
- 11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)
0 Absente.
1 Discrète.
2 Moyenne.
3 Grave.
4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.
- 12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux
0 Aucun.
1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.
- 13- Symptômes somatiques généraux
0 Aucun.
1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
2 Si n'importe quel symptôme est net.
- 14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)
0 Absents.
1 Légers.
2 Sévères.
- 15- Hypochondrie
0 Absente.
1 Attention concentrée sur son propre corps. 2 Préoccupations sur sa santé.
3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
4 Idées délirantes hypochondriaques.
- 16- Perte de poids
A : si selon les dires du malade
0 Pas de perte de poids.
1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
2 Perte de poids certaine.
B : si appréciée par pesées
0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.
- 17- Prise de conscience
0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
2 Nie qu'il est malade.

Annexe 7_ Questionnaire de thèse : État des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé chez les médecins généralistes.

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 médecins généralistes.

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,

PHILIPPE Jessy
Interne DES Médecine Générale
Thèse dirigée par le Professeur Sylvie BONIN-GUILLAUME
Avec le concours du Docteur FAJULA Claire
jessyphilippe2908@gmail.com

***Obligatoire**

Votre spécialité :

Q0- Êtes-vous bien médecin généraliste ou interne en D.E.S. de médecine générale ? *

Une seule réponse possible.

Oui

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

Présentation des quatre vignettes cliniques :

Situation
clinique
n°1

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

Situation
clinique
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 autre) qui n'ont pas réussi à trouver une solution à son problème. Ses douleurs l'empêchent de réaliser des activités aussi banales que faire la cuisine ou sortir faire quelques courses. De même, elles limitent la participation à ses activités de loisirs (s'occuper des petits enfants, aller au club senior). Les imageries poussées ont seulement mis en évidence une arthrose peu évoluée au niveau du rachis lombaire. Elle vous dit se sentir épuisée.
Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue à ce jour.

Situation
clinique
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 (clefs par exemple). Elle n'arrive plus à gérer ses factures, a du mal à s'intéresser à ses lectures et à finir un livre. Elle souffre de cette situation, se voyant se dégrader, se sentant inutile. Le sommeil est mauvais, elle mange peu. Le MMS réalisé est à 28/30, le bilan somatique (biologies, imagerie) est sans anomalie.
Elle est indemne d'antécédents psychiatriques et n'a pas de maladie neuro-dégénérative connue à ce jour.

Situation
clinique
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.

Questions posées aux médecins et internes de médecine générale pour chaque vignette clinique :

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

Une seule réponse possible.

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

Q1bis-Qu'évoqueriez-vous en premier lieu? *

Une seule réponse possible.

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

Passer à la question 17

Q2-Comment confirmeriez-vous le diagnostic de dépression ? *

Plusieurs réponses possibles.

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

Autre : _____

Q3-L'orienterez-vous vers un spécialiste ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passer à la question 9*

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

Une seule réponse possible.

- Médecin traitant
- Gériatre
- Psychiatrie générale
- Géro-psycho-geriatrie
- 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

Autre : _____

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

Une seule réponse possible par ligne.

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

Passer à la question 10

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

Une seule réponse possible par ligne.

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

Q7-Initiez-vous un traitement antidépresseur? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non Passer à la question 14

Q8-Pour quelles raisons initiez-vous un antidépresseur? *

Une seule réponse possible par ligne.

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

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

Une seule réponse possible par ligne.

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

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

Passer à la question 17

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

Une seule réponse possible par ligne.

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

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

Une seule réponse possible par ligne.

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

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

Questions personnelles :

Q41-Avez-vous déjà eu une formation en psychiatrie de la personne âgée ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Q42-Ressentez-vous le besoin d'une formation sur la dépression du sujet âgé ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Q43-Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

Une femme

Un homme

Q44-Quel est votre âge? *

Q45-Quel est votre lieu d'activité? *

Plusieurs réponses possibles.

Cabinet libéral

Etablissements de santé avec exercice hospitalier

Etablissement de santé avec exercice ambulatoire

Etablissements pour personnes âgées (maisons de retraite...)

Q46-Dans quel département exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> 01 - Ain - Bourg-en-bresse | <input type="radio"/> 30 - Gard - Nîmes | <input type="radio"/> 62 - Pas-de-calais - Arras |
| <input type="radio"/> 02 - Aisne - Laon | <input type="radio"/> 31 - Haute-garonne - Toulouse | <input type="radio"/> 63 - Puy-de-dôme - Clermont-ferrand |
| <input type="radio"/> 03 - Allier - Moulins | <input type="radio"/> 32 - Gers - Auch | <input type="radio"/> 64 - Pyrénées-atlantiques - Pau |
| <input type="radio"/> 04 - Alpes-de-Haute-Provence - Digne-les-Bains | <input type="radio"/> 33 - Gironde - Bordeaux | <input type="radio"/> 65 - Hautes-Pyrénées - Tarbes |
| <input type="radio"/> 05 - Hautes-alpes - Gap | <input type="radio"/> 34 - Hérault - Montpellier | <input type="radio"/> 66 - Pyrénées-orientales - Perpignan |
| <input type="radio"/> 06 - Alpes-maritimes - Nice | <input type="radio"/> 35 - Ille-et-vilaine - Rennes | <input type="radio"/> 67 - Bas-rhin - Strasbourg |
| <input type="radio"/> 07 - Ardèche - Privas | <input type="radio"/> 36 - Indre - Châteauroux | <input type="radio"/> 68 - Haut-rhin - Colmar |
| <input type="radio"/> 08 - Ardennes - Charleville-mézières | <input type="radio"/> 37 - Indre-et-loire - Tours | <input type="radio"/> 69 - Rhône - Lyon |
| <input type="radio"/> 09 - Ariège - Foix | <input type="radio"/> 38 - Isère - Grenoble | <input type="radio"/> 70 - Haute-saône - Vesoul |
| <input type="radio"/> 10 - Aube - Troyes | <input type="radio"/> 39 - Jura - Lons-le-saunier | <input type="radio"/> 71 - Saône-et-loire - Mâcon |
| <input type="radio"/> 11 - Aude - Carcassonne | <input type="radio"/> 40 - Landes - Mont-de-marsan | <input type="radio"/> 72 - Sarthe - Le mans |
| <input type="radio"/> 12 - Aveyron - Rodez | <input type="radio"/> 41 - Loir-et-cher - Blois | <input type="radio"/> 73 - Savoie - Chambéry |
| <input type="radio"/> 13 - Bouches-du-Rhône - Marseille | <input type="radio"/> 42 - Loire - Saint-étienne | <input type="radio"/> 74 - Haute-savoie - Annecy |
| <input type="radio"/> 14 - Calvados - Caen | <input type="radio"/> 43 - Haute-loire - Le puy-en-velay | <input type="radio"/> 75 - Paris - Paris |
| <input type="radio"/> 15 - Cantal - Aurillac | <input type="radio"/> 44 - Loire-atlantique - Nantes | <input type="radio"/> 76 - Seine-maritime - Rouen |
| <input type="radio"/> 16 - Charente - Angoulême | <input type="radio"/> 45 - Loiret - Orléans | <input type="radio"/> 77 - Seine-et-marne - Melun |
| <input type="radio"/> 17 - Charente-maritime - La rochelle | <input type="radio"/> 46 - Lot - Cahors | <input type="radio"/> 78 - Yvelines - Versailles |
| <input type="radio"/> 18 - Cher - Bourges | <input type="radio"/> 47 - Lot-et-garonne - Agen | <input type="radio"/> 79 - Deux-sèvres - Niort |
| <input type="radio"/> 19 - Corrèze - Tulle | <input type="radio"/> 48 - Lozère - Mende | <input type="radio"/> 80 - Somme - Amiens |
| <input type="radio"/> 2A - Corse-du-sud - Ajaccio | <input type="radio"/> 49 - Maine-et-loire - Angers | <input type="radio"/> 81 - Tarn - Albi |
| <input type="radio"/> 2B - Haute-Corse - Bastia | <input type="radio"/> 50 - Manche - Saint-lô | <input type="radio"/> 82 - Tarn-et-Garonne - Montauban |
| <input type="radio"/> 21 - Côte-d'Or - Dijon | <input type="radio"/> 51 - Marne - Châlons-en-champagne | <input type="radio"/> 83 - Var - Toulon |
| <input type="radio"/> 22 - Côtes-d'Armor - Saint-brieuc | <input type="radio"/> 52 - Haute-marne - Chaumont | <input type="radio"/> 84 - Vaucluse - Avignon |
| <input type="radio"/> 23 - Creuse - Guéret | <input type="radio"/> 53 - Mayenne - Laval | <input type="radio"/> 85 - Vendée - La roche-sur-yon |
| <input type="radio"/> 24 - Dordogne - Périgueux | <input type="radio"/> 54 - Meurthe-et-moselle - Nancy | <input type="radio"/> 86 - Vienne - Poitiers |
| <input type="radio"/> 25 - Doubs - Besançon | <input type="radio"/> 55 - Meuse - Bar-le-duc | <input type="radio"/> 87 - Haute-vienne - Limoges |
| <input type="radio"/> 26 - Drôme - Valence | <input type="radio"/> 56 - Morbihan - Vannes | <input type="radio"/> 88 - Vosges - Épinal |
| <input type="radio"/> 27 - Eure - Évreux | <input type="radio"/> 57 - Moselle - Metz | <input type="radio"/> 89 - Yonne - Auxerre |
| <input type="radio"/> 28 - Eure-et-loir - Chartres | <input type="radio"/> 58 - Nièvre - Nevers | <input type="radio"/> 90 - Territoire de belfort - Belfort |
| <input type="radio"/> 29 - Finistère - Quimper | <input type="radio"/> 59 - Nord - Lille | <input type="radio"/> 91 - Essonne - Évry |
| <input type="radio"/> 94 - Val-de-marne - Créteil | <input type="radio"/> 60 - Oise - Beauvais | <input type="radio"/> 92 - Hauts-de-seine - Nanterre |
| <input type="radio"/> 95 - Val-d'Oise - Cergy Pontoise | <input type="radio"/> 61 - Orne - Alençon | <input type="radio"/> 93 - Seine-Saint-Denis - Bobigny |
| <input type="radio"/> 971 - Guadeloupe - Basse-terre | | |
| <input type="radio"/> 972 - Martinique - Fort-de-france | | |
| <input type="radio"/> 973 - Guyane - Cayenne | | |
| <input type="radio"/> 974 - La réunion - Saint-denis | | |
| <input type="radio"/> 976 - Mayotte - Dzaoudzi | | |

Q47-Quelle est votre ancienneté d'exercice? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 5 ans *Passer à la question 70*
- 5 à moins de 10 ans *Passer à la question 70*
- 10 à moins de 20 ans *Passer à la question 70*
- Plus de 20 ans *Passer à la question 70*
- Interne

Pour les internes:

Q48- En quel semestre êtes-vous? *

Une seule réponse possible.

- Semestre 1
- Semestre 2
- Semestre 3
- Semestre 4
- Semestre 5
- Semestre 6 ou plus

Q49- Est-ce la première fois que vous participez à cette étude? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Merci pour votre participation !

Tout commentaire peut être envoyé sur l'adresse suivante :
jessyphilippe2908@gmail.com

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 8 Notice d'information liée au questionnaire.

Notice d'information

« Dépression du sujet âgé : évaluation des connaissances et des pratiques auprès de trois spécialités médicales différentes. »

Responsable de l'étude : Pr. BONIN-GUILLAUME Sylvie, PU-PH, INSERM, INS, Inst Neurosci Syst, Aix-Marseille Université (AMU), Hôpitaux universitaires de Marseille Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (APHM), 27 Boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille.

Investigateurs : Pr. BONIN-GUILLAUME Sylvie (investigateur principal), Dr. FAJULA Claire (coordinateur associé), Mme PHILIPPE Jessy (interne D.E.S. de Médecine Générale), Mme RENOU Cécilia (interne D.E.S. de Psychiatrie), Mr DIDIER Raphaël (interne D.E.S. de Gériatrie).
Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Un des investigateurs, Mme PHILIPPE Jessy, vous propose de participer au protocole de recherche intitulé : « Dépression du sujet âgé : évaluation des connaissances et des pratiques auprès de trois spécialités médicales différentes. ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptibles de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

L'étude vise à réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes, psychiatres et gériatres sur la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé au niveau national.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

- Type d'étude : Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée dans le cadre de trois thèses de médecine de différentes spécialités : médecine générale, gériatrie et psychiatrie.
- Recueil des données :
 - o Modalités du recueil : L'évaluation des connaissances sera faite grâce à l'utilisation d'un questionnaire en ligne sous format Google Form. Le questionnaire est constitué de quatre vignettes cliniques inspirées de situations cliniques réelles.
 - o L'envoi du questionnaire sera fait individuellement pour chaque spécialité donnant lieu à trois bases de données distinctes.
 - o Cette étude se fait sur la base du volontariat, vous êtes libres d'abandonner le questionnaire à tout moment.
 - o Vos réponses ne seront prises en compte qu'après avoir cliqué sur « Envoyer » à la fin du questionnaire.
- Analyses des données : L'analyse des données sera faite sur chaque base puis sur une seule base fusionnée.
- Anonymat et confidentialité des données :
 - o Les données recueillies sont complètement anonymes et ne permettent pas de remonter à votre identité. Il n'y aura pas de donnée directe ni indirecte d'identification recueillie.
 - o Les bases de données seront anonymes et stockées dans le serveur du Service d'Évaluation Médicale et conservées jusqu'à la publication.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

Cette étude présente des contraintes et risques limités pour les personnes se prêtant à l'étude :

- Il s'agit d'un recueil de données dans une démarche observationnelle descriptive, à visée de recherche.
- Il n'est pas réalisé d'intervention sur les soins, les traitements, ou les parcours de soins des patients.
- Il ne sera proposé aucun traitement, aucune prise en charge qu'elle soit médicale ou paramédicale.
- Il n'y aura pas de geste technique ou de test thérapeutique pratiqué.
- Vous êtes libres de répondre aux questions.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser à tout moment de participer à cette étude sans avoir à vous justifier.

Nous nous tenons à votre disposition si vous souhaitez obtenir de plus amples informations. Vous pouvez contacter l'un des investigateurs, à savoir Mme Jessy PHILIPPE, soit sur son téléphone au 06 80 37 31 91, soit par mail : jessyphilippe@msn.com ou jessyphilippe2908@gmail.com ; soit Mme Cécilia RENOU, par mail : cecilia_peri@hotmail.fr.

Nous vous remercions par avance du temps que vous voudrez bien consacrer à cette recherche.



Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2021-01-07-07
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le mardi 12 janvier 2021

- Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal Pr BONIN-GUILLAUME Sylvie, PU-PH au sein du laboratoire INS de l'Université d'Aix-Marseille, et les investigateurs secondaires :
- Cécilia RENO: interne en DES de psychiatrie
- Raphael DIDIER: interne en DES de gériatrie
- Jessy PHILIPPE: interne en DES de médecine générale

, intitulé « **Dépression du sujet âgé : évaluation des connaissances et des pratiques auprès de trois spécialités médicales différentes.** » a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 7 janvier 2021.

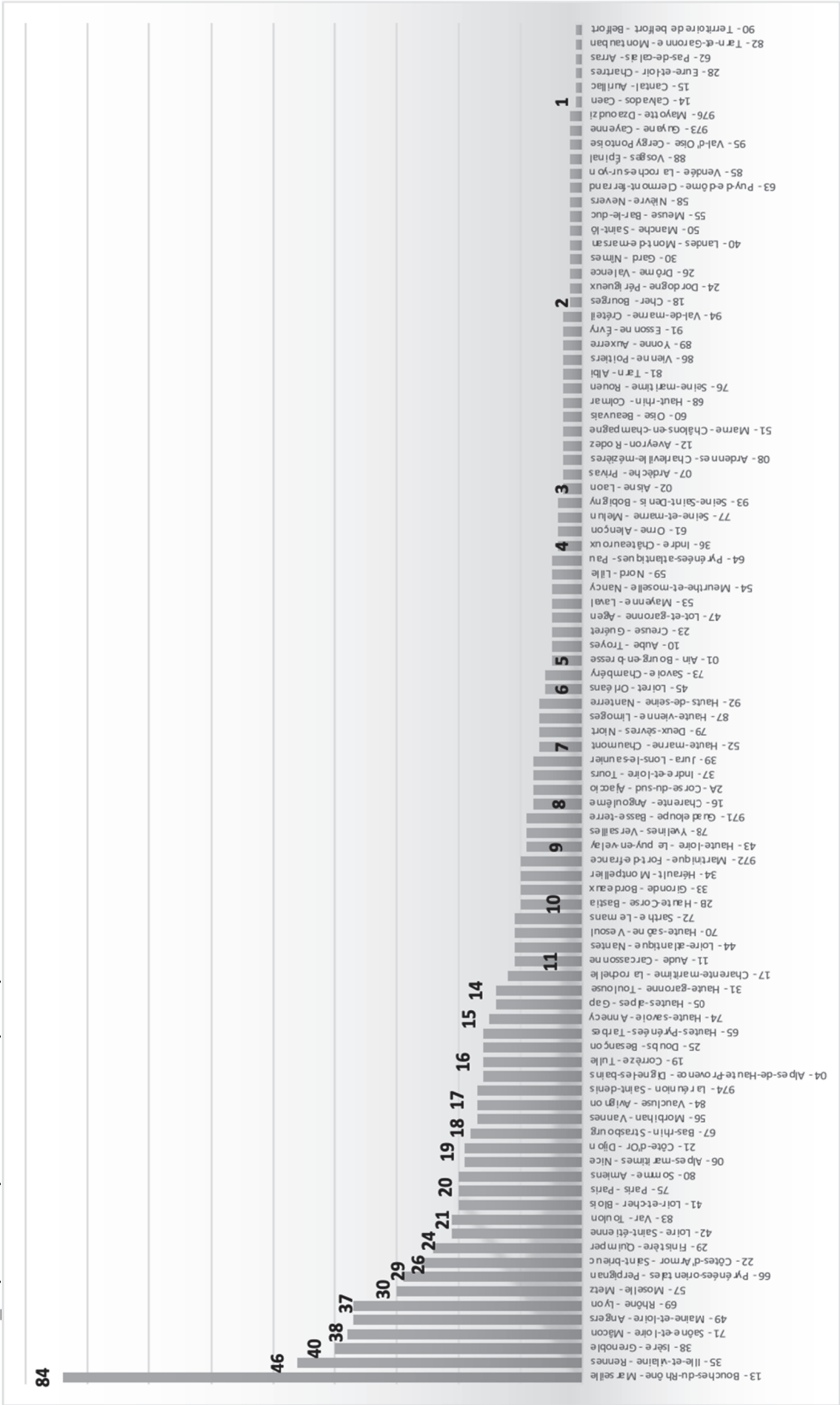
Après audition des rapporteurs, et modifications apportées par les investigateurs, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

Annexe 10 Répartition départementale des participants.



Annexe 11_ Tableau 2_ Spécialité ciblée en cas d'orientation.

	Dépression caractérisée post-deuil N=242	Masque somatique N =201	Dépression avec troubles cognitifs N = 402	Dépression mélancolique N = 597
Médecin traitant N (%)	6 (2,5)	8 (4)	1 (0,2)	5 (0,8)
Gériatre N (%)	29 (12)	60 (29,9)	190 (47,3)	50 (8,4)
Psychiatrie générale N (%)	59 (24,4)	19 (9,5)	9 (2,2)	290 (48,6)
Géronto-psychiatre N (%)	147 (60,7)	93 (46,3)	151 (37,6)	212 (35,5)
Neurologue N (%)	1 (0,4)	2 (1)	49 (12,2)	39 (6,5)
Spécialiste d'organe N (%)	0	18 (9)	1 (0,2)	0

Annexe 12_ Comparaison de la prise en charge associée : prescription d'antidépresseur vs absence de prescription pour chaque vignette clinique (Tableaux 4 à 7).

Tableau 4_ Prise en charge associée de la dépression caractérisée post-deuil*

	Groupe avec antidépresseur N=961		Groupe sans antidépresseur N=54		P value
	Oui N (%)	Non N (%)	Oui N (%)	Non N (%)	
Anxiolytiques	433 (48,9)	453 (51,1)	18 (36,7)	31 (63,3)	0,10
Hypnotiques	98 (10,8)	809 (89,2)	5 (9,6)	47 (90,4)	0,79
Neuroleptiques, antipsychotiques	40 (4,3)	876 (95,6)	0	53 (100)	0,16
Sismothérapie	7 (0,8)	888 (99,2)	2 (4,3)	45 (95,7)	0,02
Psychothérapie	832 (89,8)	95 (10,2)	51 (96,2)	2 (3,8)	0,12
Prise en charge nutritionnelle	802 (87,6)	113 (12,4)	41 (78,9)	11 (21,2)	0,06
Prise en charge fonctionnelle (kiné, activité physique)	711 (79,3)	186 (20,7)	37 (74)	13 (26)	0,37
Bilan mémoire	506 (58,8)	355 (41,2)	30 (61,2)	19 (38,8)	0,73
Prise en charge sociale, aides à domicile	851 (92,9)	65 (7,1)	46 (90,2)	5 (9,8)	0,47
Réseau personne âgée	675 (81,3)	155 (18,7)	38 (84,4)	7 (15,6)	0,60
Club senior	638 (80,4)	156 (19,6)	37 (80,4)	9 (19,6)	0,99

* Les réponses « Ne sais pas » n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus, volontairement non prises en compte par le faible pourcentage de réponses.

Tableau 5 _ Prise en charge associée de la dépression masquée*

	Groupe avec antidépresseur N=274		Groupe sans antidépresseur N=194		P value
	Oui N (%)	Non N (%)	Oui N (%)	Non N (%)	
Anxiolytiques	82 (31.9)	175 (68.1)	56 (31.3)	123 (68.7)	0,89
Hypnotiques	5 (1.9)	257 (98.1)	2 (1.1)	182 (98.9)	0,49
Neuroleptiques, antipsychotiques	15 (5.8)	243 (94.2)	5 (2.7)	180 (97.3)	0,16
Sismothérapie	0	259 (100)	0	186 (100)	*
Psychothérapie	216 (80.9)	51 (19.1)	152 (82.2)	33 (17.8)	0,73
Prise en charge nutritionnelle	118 (46.3)	137 (53.7)	78 (45.1)	95 (54.9)	0,81
Prise en charge fonctionnelle (kiné, activité physique)	263 (96.3)	10 (3.7)	185 (96.4)	7 (3.6)	0,99
Bilan mémoire	114 (47.5)	126 (52.5)	73 (42.4)	99 (57.6)	0,31
Prise en charge sociale, aides à domicile	223 (86.4)	35 (13.6)	146 (78.9)	39 (21.1)	0,04
Réseau personne âgée	185 (74.9)	62 (25.1)	136 (76.4)	42 (23.6)	0,72
Club senior	180 (75.3)	59 (24.7)	128 (76.7)	39 (23.3)	0,76

* Les réponses « Ne sais pas » n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus, volontairement non prises en compte par le faible pourcentage de réponses.

Tableau 6 _ Prise en charge associée de la dépression avec troubles cognitifs*

	Groupe avec antidépresseur N=433		Groupe sans antidépresseur N=336		P value
	Oui N (%)	Non N (%)	Oui N (%)	Non N (%)	
Anxiolytiques	99 (24.3)	308 (75.7)	71 (22.6)	243 (77.4)	0,59
Hypnotiques	48 (11,5)	368 (88,3)	27 (8,4)	295 (91,6)	0,16
Neuroleptiques, antipsychotiques	11 (2.6)	406 (97.4)	2 (0.6)	322 (99.4)	0,05
Sismothérapie	1 (0.2)	413 (99.8)	4 (1.3)	313 (98.7)	0,10
Psychothérapie	322 (77)	96 (23)	235 (72.8)	88 (27.2)	0,18
Prise en charge nutritionnelle	274 (67)	135 (33)	205 (63.7)	117 (36.3)	0,35
Prise en charge fonctionnelle (kiné, activité physique)	282 (70.7)	117 (29.3)	225 (71.7)	89 (28.3)	0,77
Bilan mémoire	326 (77.6)	94 (22.4)	294 (89.3)	35 (10.7)	<0,0001
Prise en charge sociale, aides à domicile	357 (86.9)	54 (13.1)	278 (85.8)	46 (14.2)	0,68
Réseau personne âgée	343 (85.3)	59 (14.7)	256 (85.1)	45 (14.9)	0,92
Club senior	322 (83.9)	62 (16.1)	227 (79.9)	57 (20.1)	0,19

* Les réponses « Ne sais pas » n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus, volontairement non prises en compte par le faible pourcentage de réponses.

Tableau 7 _ Prise en charge associée de la dépression mélancolique*

	Groupe avec antidépresseur N=480		Groupe sans antidépresseur N=307		P value
	Oui N (%)	Non N (%)	Oui N (%)	Non N (%)	
Anxiolytiques	241 (52.8)	215 (47.2)	93 (35.2)	171 (64.8)	<0,0001
Hypnotiques	29 (6,3)	432 (93,7)	18 (6,7)	249 (93,3)	0,81
Neuroleptiques, antipsychotiques	96 (22.3)	335 (77.7)	48 (20)	192 (80)	0,49
Sismothérapie	32 (7.6)	390 (92.4)	18 (7.3)	228 (92.7)	0,90
Psychothérapie	405 (87.7)	57 (12.3)	221 (78.1)	62 (21.9)	0,0005
Prise en charge nutritionnelle	192 (42.9)	256 (57.1)	127 (47)	143 (53)	0,27
Prise en charge fonctionnelle (kiné, activité physique)	233 (51.2)	222 (48.8)	137 (48.9)	143 (51.1)	0,55
Bilan mémoire	263 (57.8)	192 (42.2)	180 (65.9)	93 (34.1)	0,03
Prise en charge sociale, aides à domicile	203 (44.7)	251 (55.3)	129 (47.8)	141 (52.2)	0,42
Réseau personne âgée	200 (46.6)	229 (53.4)	122 (47.5)	135 (52.5)	0,83
Club senior	210 (50.1)	209 (49.9)	106 (42.7)	142 (57.3)	0,07

* Les réponses « Ne sais pas » n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus, volontairement non prises en compte par le faible pourcentage de réponses.

Annexe 13 _ Tableau 8 _ Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles dans la dépression post-deuil.

	Échelles, N=714		Pas d'échelle, N=301		p
Formation N (%)					
Répondants formés	120 (16,8)		34 (11,3)		0,03
Age moyen	34,9		42,2		<0,05
Statut N (%)					
Médecins	527 (73,8)		260 (86,4)		<0,05
Internes	187 (26,2)		41 (13,6)		
Ancienneté des médecins N (%)					
Moins de 5 ans	295 (41,3)		74 (24,6)		<0,05
Entre 5 à 10 ans	90 (12,6)		47 (15,6)		
Entre 10 à 20 ans	49 (6,9)		47 (15,6)		
Plus de 20 ans	93 (13)		92 (30,6)		
Ancienneté des internes N (%)					
S1/S2	38 (5,3)		13 (4,3)		0,24
S3/4	51 (7,1)		8 (2,7)		
S5/S6	98 (13,7)		20 (6,6)		

Annexe 13_ Tableau 9_ Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles dans la dépression masquée.

	Échelles, N=360	Pas d'échelle, N=108	p
Formation N (%)			
Répondants formés	80 (22,3)	17 (15,7)	0,14
Age moyen	37,3	46,2	<0,05
Statut N (%)			
Médecins	286 (79,4)	102 (94,4)	0,0002
Internes	74 (20,6)	6 (5,6)	
Ancienneté des médecins N (%)			
Moins de 5 ans	135 (37,5)	18 (16,7)	<0,05
Entre 5 à 10 ans	57 (15,8)	15 (13,9)	
Entre 10 à 20 ans	26 (7,2)	29 (26,9)	
Plus de 20 ans	68 (18,9)	40 (37)	
Ancienneté des internes N (%)			
S1/S2	15 (4,2)	1 (0,9)	0,86
S3/4	18 (5)	1 (0,9)	
S5/S6	41 (11,4)	4 (3,7)	

Annexe 13_ Tableau 10 _ Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles, dépression avec troubles cognitifs.

	Échelles, N=632	Pas d'échelle, N=137	p
Formation N (%)			
Répondants formés	113 (17,9)	12 (8,8)	0,01
Age moyen	36	43,6	<0,05
Statut N (%)			
Médecins	480 (75,9)	119 (86,9)	0,005
Internes	152 (24,1)	18 (13,1)	
Ancienneté des médecins N (%)			
Moins de 5 ans	240 (38)	30 (21,9)	<0,05
Entre 5 à 10 ans	86 (13,6)	23 (16,8)	
Entre 10 à 20 ans	56 (8,9)	16 (11,7)	
Plus de 20 ans	98 (15,5)	50 (36,5)	
Ancienneté des internes N (%)			
S1/S2	31 (4,9)	5 (3,6)	0,66
S3/4	37 (5,9)	5 (3,6)	
S5/S6	84 (13,3)	8 (5,8)	

Annexe 13_ Tableau 11_ Caractéristiques des répondants ayant recours aux échelles dans la dépression mélancolique.

	Échelles, N=543	Pas d'échelle, N=244	p
Formation N (%)			
Répondants formés	93 (17,1)	37 (15,2)	0,49
Age moyen	36,2	40,1	<0,05
Statut N (%)			
Médecins	411 (75,7)	195 (79,9)	0,19
Internes	132 (24,3)	49 (20,1)	
Ancienneté des médecins N (%)			
Moins de 5 ans	201 (37)	73 (29,9)	0,003
Entre 5 à 10 ans	75 (13,1)	28 (11,5)	
Entre 10 à 20 ans	46 (8,5)	29 (11,9)	
Plus de 20 ans	89 (16,3)	65 (26,6)	
Ancienneté des internes N (%)			
S1/S2	26 (4,8)	17 (7)	0,09
S3/4	32 (5,9)	11 (4,5)	
S5/S6	74 (13,6)	21(8,6)	

Annexe 14_ Tableau 13_ Comparaison de la prise en charge de la dépression selon la formation à la psychiatrie du sujet âgé : diagnostic, échelles, orientation, ATD.

	Non formés N=872 (%)	Formés N=159 (%)	Total N (%)	p
Diagnostic de la dépression				
Vignette 1	861 (98,7)	154 (96,9)	1015 (98,4)	0,09
Vignette 2	371 (42,5)	97 (61)	468 (45,4)	<.0001
Vignette 3	644 (73,8)	125 (78,6)	769 (74,6)	0,20
Vignette 4	657 (75,3)	130 (81,8)	787 (76,3)	0,08
Répondants ayant réalisé les 4 diagnostics	248 (28,4)	66 (41,5)	314 (30,5)	0,001
Modalités diagnostiques : utilisation d'au moins une échelle	594 (69)	120 (77,9)	714 (70,3)	0,003
Vignette 1				
Vignette 2	280 (75,5)	80 (82,5)	360 (76,9)	0,15
Vignette 3	519 (80,6)	113 (90,4)	632 (82,2)	0,01
Vignette 4	450 (68,5)	93 (71,5)	543 (69)	0,49
Orientation au spécialiste	207/861 (24)	35/154 (22,7)	242/1015 (23,8)	0,72
Vignette 2	168/371 (45,3)	33/97 (34)	201/468 (42,9)	0,046
Vignette 3	340/644 (52,8)	62/125 (49,6)	402/769 (52,3)	0,51
Vignette 4	507/657 (77,2)	90/130 (69,2)	597/787 (75,9)	0,053
Initiation du traitement antidépresseur	809/861 (94)	152/154 (98,7)	961/1015 (94,7)	0,02
Vignette 2	210/371 (56,6)	64/97(66)	274/468 (58,5)	0,10
Vignette 3	350/644 (54,3)	83/125 (66,4)	433/769 (56,3)	0,01
Vignette 4	398/657 (60,6)	82/130 (63,1)	480/787 (61)	0,59
Initiation du traitement parmi ceux ayant réalisé le diagnostic des 4 formes de dépression				
Vignette 1	239/248 (96,4)	64/66 (97)	303 (96,5)	0,81
Vignette 2	145/248 (58,5)	44/66 (66,7)	189 (60,2)	0,23
Vignette 3	149/248 (60,1)	46/66 (69,7)	195 (62,1)	0,15
Vignette 4	145/248 (58,5)	42/66 (63,6)	187 (59,5)	0,45

Annexe 15_ Tableau 14_ Comparaison des arguments en faveur de l'orientation entre les formés et les non formés dans la dépression masquée (N=201).

	Non formés N = 168 (%)	Formés N = 33 (%)	p*
Incertitude diagnostique			
PDT N (%)	16 (9,5)	3 (9,1)	1
TAF N (%)	32 (19)	4 (12,1)	0,48
Tableau complexe			
PDT N (%)	7 (4,2)	0	0,50
TAF N (%)	46 (27,4)	7 (21,2)	0,60
Tableau sévère			
PDT N (%)	25 (14,9)	1 (3)	0,12
TAF N (%)	11 (6,5)	3 (9,1)	0,88
Risque suicidaire			
PDT N (%)	57 (34,5)	4 (12,1)	0,02
TAF N (%)	2 (1,2)	0	1
Besoin de complément d'informations sur la conduite à tenir			
PDT N (%)	12 (7,1)	0	0,23
TAF N (%)	43 (25,6)	4 (12,1)	0,14
Intérêt d'une prise en charge conjointe			
PDT N (%)	0	1 (3)	0,36
TAF N (%)	74 (44)	16 (48,5)	0,71
Facilité d'identification du spécialiste à contacter			
PDT N (%)	43 (25,6)	5 (15,2)	0,3
TAF N (%)	14 (8,5)	8 (25)	0,02
Facilité d'accès au spécialiste à contacter			
PDT N (%)	49 (29,2)	9 (27,3)	1
TAF N (%)	10 (6)	4 (12,1)	0,36

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

Annexe 15_ Tableau 15_ Comparaison des arguments en défaveur de l'orientation entre les formés et les non formés dans la dépression masquée (N=267)

	Non formés N = 203 (%)	Formés N = 64 (%)	p*
Certitude diagnostique			
PDT N (%)	27 (13,3)	7 (10,9)	0,78
TAF N (%)	10 (4,9)	4 (6,3)	0,93
Tableau peu complexe			
PDT N (%)	29 (14,3)	10 (15,6)	0,96
TAF N (%)	8 (3,9)	6 (9,4)	0,17
Tableau peu sévère			
PDT N (%)	22 (10,3)	9 (14,1)	0,65
TAF N (%)	12 (5,9)	4 (6,3)	1
Faible risque suicidaire			
PDT N (%)	16 (7,9)	5 (7,8)	1
TAF N (%)	22 (10,8)	6 (9,4)	0,91
A l'aise dans la prise en charge			
PDT N (%)	9 (4,4)	3 (4,7)	1
TAF N (%)	17 (8,4)	6 (9,4)	0,80
Difficultés d'identification du spécialiste à contacter			
PDT N (%)	45 (22,2)	18 (28,1)	0,48
TAF N (%)	31 (15,3)	8 (12,5)	0,68
Difficultés d'accès au spécialiste envisagé			
PDT N (%)	23 (11,3)	5 (7,8)	*
TAF N (%)	63 (31)	14 (21,9)	0,19
Défaut de retour d'informations du spécialiste envisagé			
PDT N (%)	43 (21,2)	12 (18,8)	0,80
TAF N (%)	45 (22,2)	13 (20,3)	0,88

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

Annexe 16_ Tableau 16_ Comparaison des arguments en faveur de l'initiation au traitement antidépresseur entre les formés et les non formés dans la dépression post-deuil (N= 961)

	Non formés N = 799 (%)	Formés N= 152 (%)	p*
Efficacité dans ce contexte			
PDT N (%)	6 (0,75)	3 (2)	0,33
TAF N (%)	162 (20,3)	44 (28,9)	0,02
Prévention du risque suicidaire			
PDT N (%)	61 (7,6)	12 (7,9)	1
TAF N (%)	98 (12,3)	28 (18,4)	0,06
Prévention du risque de dépendance			
PDT N (%)	173 (21,7)	30 (19,7)	0,63
TAF N (%)	59 (7,6)	21 (14)	0,02
Prévention du risque de maladie neurodégénérative			
PDT N (%)	331 (44)	48 (33,6)	0,03
TAF N (%)	20 (2,7)	10 (7)	0,02
Faible risque iatrogénique			
PDT N (%)	250 (31,3)	38 (25)	0,16
TAF N (%)	7 (0,9)	6 (4)	0,01
Prescription initiale relevant de vos compétences			
PDT N (%)	11 (1,4)	3 (2)	0,83
TAF N (%)	234 (29,2)	64 (42,7)	0,002

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

Annexe 16_ Tableau 17_ Comparaison des arguments en faveur de l'initiation au traitement antidépresseur entre les formés et les non formés dans la dépression avec troubles cognitifs (N=433)

	Non formés N = 346	Formés N = 81	p*
Efficacité dans ce contexte			
PDT N (%)	4 (1,2)	1 (1,2)	1
TAF N (%)	51 (14,7)	19 (23,5)	0,08
Prévention du risque suicidaire			
PDT N (%)	66 (19,1)	11 (13,6)	0,30
TAF N (%)	15 (4,3)	6 (7,4)	0,40
Prévention du risque de dépendance			
PDT N (%)	77 (22,3)	15 (18,5)	0,56
TAF N (%)	19 (5,5)	9 (11,1)	0,11
Prévention du risque de maladie neurodégénérative			
PDT N (%)	123 (38,1)	20 (25,3)	0,046
TAF N (%)	10 (3,1)	11 (13,9)	0,001
Faible risque iatrogénique			
PDT N (%)	81 (23,4)	19 (23,5)	1
TAF N (%)	4 (1,2)	1 (1,2)	1
Prescription initiale relevant de vos compétences			
PDT N (%)	7 (2)	0	0,42
TAF N (%)	88 (25,6)	39 (48,1)	0,0001

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

. Annexe 17_ Tableau 18_ Comparaison des arguments en défaveur de l'initiation au traitement antidépresseur entre les formés et les non formés dans la dépression post-deuil (N=54).

	Non formés N= 52 (%)	Formés N= 2 (%)	p*
Peu efficace			
PDT N (%)	27 (51,9)	0	0,44
TAF N (%)	0	0	*
Doute diagnostique : attente réévaluation et/ou avis spécialiste			
PDT N (%)	12 (23,1)	0	1
TAF N (%)	7 (13,5)	1(50)	0,68
Risque suicidaire (levée d'inhibition)			
PDT N (%)	6 (11,5)	0	1
TAF N (%)	3 (5,8)	0	1
Risque iatrogénique			
PDT N (%)	3 (5,8)	0	1
TAF N (%)	12 (23,1)	0	1
Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences			
PDT N (%)	25 (48,1)	2 (100)	0,47
TAF N (%)	0	0	*

Annexe 17_ Tableau 19_ Comparaison des arguments en défaveur de l'initiation au traitement antidépresseur entre les formés et les non formés dans la dépression avec troubles cognitifs (N=336).

	Non formés N = 294 (%)	Formés N = 42 (%)	p*
Peu efficace			
PDT N (%)	107 (36,4)	13 (31)	0,43
TAF N (%)	3 (1)	1 (2,4)	0,43
Doute diagnostique : attente réévaluation et/ou avis spécialiste			
PDT N (%)	11 (3,7)	2 (4,8)	1
TAF N (%)	104 (35,4)	14 (33,3)	0,89
Risque suicidaire (levée d'inhibition)			
PDT N (%)	110 (37,4)	18 (42,9)	0,72
TAF N (%)	4 (1,4)	2 (4,8)	0,37
Risque iatrogénique			
PDT N (%)	27 (9,2)	5 (11,9)	0,80
TAF N (%)	50 (17)	4 (9,5)	0,30
Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences			
PDT N (%)	139 (47,3)	26 (61,9)	0,13
TAF N (%)	6 (2)	0	0,75

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

Annexe 18_ Tableau 20 _ Reste de la prise en charge (médicale, paramédicale et sociale) avec ou sans prescription d'un traitement antidépresseur en fonction de la formation à la psychiatrie du sujet âgé.

Prise en charge médicale avec prescription d'un ATD		Non formés (%)	Formés (%)	Total	p
Anxiolytiques					
Vignette 1	356 / 742 (48)	77 / 144 (53.5)	433 / 886 (48.9)	0,23	
Vignette 2	66 / 198 (33.3)	16 / 59 (27.1)	82 / 257 (31.9)	0,37	
Vignette 3	83 / 329 (25.2)	16 / 78 (20.5)	99 / 407 (24.3)	0,38	
Vignette 4	202 / 378 (53.4)	39 / 78 (50)	241 / 456 (52.8)	0,58	
Hypnotiques					
Vignette 1	78 / 760 (10.3)	20 / 147 (13.6)	98 / 907 (10.8)	0,23	
Vignette 2	4 / 200 (2)	1 / 62 (1.6)	5 / 262 (1.9)	1,00	
Vignette 3	40 / 336 (11.9)	8 / 80 (10)	48 / 416 (11.5)	0,63	
Vignette 4	23 / 393 (6.1)	6 / 78 (7.7)	29 / 461 (6.3)	0,58	
NLP / antipsychotiques					
Vignette 1	36 / 772 (4.7)	4 / 144 (2.8)	40 / 916 (4.3)	0,31	
Vignette 2	14 / 197 (7.1)	1 / 61 (1.6)	15 / 258 (5.8)	0,21	
Vignette 3	11 / 337 (3.3)	0 / 80 (0)	11 / 417(2.6)	0,10	
Vignette 4	75 / 356 (21.1)	21 / 75 (28)	96 / 431 (22.3)	0,19	
Sismothérapie					
Vignette 1	5 / 753 (0.7)	2 / 142 (1,4)	7 / 895 (0.8)	0,36	
Vignette 2	0 / 199 (0)	0 / 60 (0)	0 / 259 (0)	*	
Vignette 3	1 / 333 (0.3)	0 / 81 (0)	1 / 414 (0.2)	1.00	
Vignette 4	24 / 352 (6.8)	8 / 70 (11.4)	32 / 422 (7.6)	0.18	
Prise en charge paramédicale avec prescription d'ATD					

Psychothérapie				
Vignette 1	699 / 779 (89.7)	133 / 148 (89.9)	832 / 926 (89.8)	0,96
Vignette 2	164 / 204 (80.4)	52 / 63 (82.5)	216 / 267 (80.9)	0,70
Vignette 3	255 / 338 (75.4)	67 / 80 (83.8)	322 / 418 (77)	0,14
Vignette 4	339 / 404 (88.3)	66 / 78 (84.6)	405 / 462 (87.7)	0,37
Prise en charge nutritionnelle				
Vignette 1	670 / 768 (87.2)	132 / 147 (89.8)	802 / 915 (87.7)	0,39
Vignette 2	87 / 196 (44.4)	31 / 59 (52.5)	118 / 255 (46.3)	0,27
Vignette 3	212 / 328 (64.6)	62 / 81(76.5)	274 / 409 (67)	0,04
Vignette 4	151 / 371 (40.7)	41 / 77 (53.2)	192 / 448 (42.9)	0,04
Prise en charge fonctionnelle				
Vignette 1	591 / 753 (78.5)	120 / 144 (83.3)	711 / 897 (79.3)	0,19
Vignette 2	200 / 209 (95.7)	63 / 64 (98.4)	263 / 273 (96.3)	0,46
Vignette 3	217 / 319 (68)	65 / 80 (81.2)	282 / 399 (70,7)	0,02
Vignette 4	185 / 379 (48.8)	48 / 78 (63.2)	233 / 455 (51.2)	0,02
Bilan mémoire				
Vignette 1	416 / 720 (57.8)	90 / 141 (63.8)	506 / 861 (58.8)	0,18
Vignette 2	81 / 183 (44.3)	33 / 57 (57.9)	114 / 240 (47.5)	0,07
Vignette 3	262 / 341 (76.8)	64 / 79 (81)	326 / 420 (77.6)	0,42
Vignette 4	214 / 377 (56.8)	49 / 78 (62.8)	263 / 455 (57.8)	0,32
Prise en charge sociale avec prescription d'ATD				
Prise en charge sociale				
Vignette 1	714 / 770 (92.7)	137 / 146 (93.8)	851 / 916 (92.9)	0,63

Vignette 2	171 / 196 (87.2)	52 / 62 (83.9)	223 / 258 (86.4)	0,50
Vignette 3	282 / 330 (85.5)	75 / 81 (92.6)	357 / 411 (86.9)	0,09
Vignette 4	159 / 378 (42.1)	44 / 76 (57.9)	203 / 454 (44.7)	0.01

Réseau personne âgée				
Vignette 1	575 / 698 (82.4)	100 / 132 (75.7)	675 / 830 (81.3)	0.07
Vignette 2	145 / 188 (77.1)	40 / 59 (67.8)	185 / 247 (74.9)	0,15
Vignette 3	278 / 323 (86)	65 / 79 (82.3)	343 / 402 (85.3)	0,39
Vignette 4	164 / 354 (46.3)	36 / 75 (48)	200 / 429 (46.6)	0,79

Club sénior

Vignette 1	536 / 660 (81.2)	102 / 134 (76.1)	638 / 794 (80.3)	0.18
Vignette 2	134 / 180 (74.4)	46 / 59 (78)	180 / 239 (75.3)	0.59
Vignette 3	258 / 310 (83.2)	64 / 74 (86.5)	322 / 384 (83.9)	0.49
Vignette 4	173 / 247 (49.9)	37 / 72 (51.4)	210 / 419 (50.1)	0.81

Prise en charge médicale sans prescription d'un ATD

	Non formés (%)	Formés (%)	Total	P
Anxiolytiques				
Vignette 1	16 / 47 (34)	2 (100)	18 / 49 (36,7)	0,06
Vignette 2	45 / 147 (30.6)	11 / 32 (34.4)	56 / 179 (31.3)	0,68
Vignette 3	63 / 277 (22.7)	8 / 37 (21.6)	71 / 314 (22.6)	0,88
Vignette 4	79 / 221 (35.7)	14 / 43(32.6)	93 / 264 (35.2)	0.69

Hypnotiques

Vignette 1	5 / 50 (10)	0 / 2 (0)	5 / 52 (9,6)	1,00
Vignette 2	1 / 152 (0.7)	1 / 32 (3.1)	2 / 184 (1.1)	0,32
Vignette 3	26 / 283 (9.2)	1 / 39 (2.6)	27 / 322 (8.4)	0,22
Vignette 4	15 / 224 (6.7)	3 / 43 (7)	18 / 267 (6.7)	0,95

NLP / antipsychotiques

Vignette 1	0 / 51 (0)	0 / 2 (0)	0 / 53 (0)	*
Vignette 2	3 / 153 (2)	2 / 32 (6.2)	5 / 185 (2.7)	0,21
Vignette 3	2 / 283 (0.7)	0 / 41 (0)	2 / 324 (0.6)	1,00
Vignette 4	44 / 203 (21.7)	4 / 37 (10.8)	48 / 240 (20)	0.18
Sismothérapie				
Vignette 1	2 / 45 (4.4)	0 / 2 (0)	2 / 47 (4.3)	1,00
Vignette 2	0 / 154 (0)	0 / 32 (0)	0 / 186 (0)	*
Vignette 3	4 / 279 (1.4)	0 / 38 (0)	4 / 317 (1.3)	1.00
Vignette 4	18 / 207 (8.7)	0 / 39 (0)	18 / 246 (7.3)	0,09
Prise en charge paramédicale sans prescription d'ATD				
Psychothérapie				
Vignette 1	49 / 51 (96.1)	2 / 2 (100)	51 / 53 (96.2)	1,00
Vignette 2	124 / 152 (81.6)	28 / 33 (84.9)	152 / 185 (82.2)	0,80
Vignette 3	205 / 285 (72)	30 (79)	235 / 323 (72.8)	0,36
Vignette 4	186 / 237 (78.5)	35 (76.1)	221 / 283 (78.1)	0,72
Prise en charge nutritionnelle				
Vignette 1	40 / 51 (78.4)	1 (100)	41 / 52 (78.9)	1,00
Vignette 2	68 / 143 (47.5)	10 / 30 (33,3)	78 / 173 (45)	0,15
Vignette 3	175 / 283 (61.8)	30 / 39 (76.9)	205 / 322 (63.7)	0.07
Vignette 4	103 / 228 (45.2)	24 / 42 (57.1)	127 / 370 (47.1)	0,15
Prise en charge fonctionnelle				
Vignette 1	36 / 48 (75)	1 / 2 (50)	37 / 50 (74)	0,46
Vignette 2	155 / 160 (96.9)	30 / 32 (93.7)	185 / 192 (96.3)	0,33

Vignette 3	196 / 275 (71.3)	29 / 39 (74.4)	225 / 314 (71.7)	0,69
Vignette 4	114 / 236 (48.3)	23 / 44 (52.3)	137 / 280 (48.9)	0,63
Bilan mémoire				
Vignette 1	29 / 47 (61.7)	1 / 2 (50)	30 / 49 (61.2)	1,00
Vignette 2	59 / 140 (42.1)	14 / 32 (43.8)	73 / 172 (42.4)	1,00
Vignette 3	256 / 287 (89.2)	38 / 42 (90.5)	294 / 329 (89.3)	0,80
Vignette 4	153 / 231 (66.2)	27 / 42 (64.3)	180 / 273 (65.9)	0,81
Prise en charge sociale sans prescription d'ATD				
Prise en charge sociale (aides à domiciles)				
Vignette 1	45 / 50 (90)	1 / 1 (100)	46 / 51 (90.2)	1,00
Vignette 2	120 / 152 (78.9)	26 / 33 (78.8)	146 / 185 (78.9)	0,98
Vignette 3	239 / 282 (84.8)	39 / 42 (92.9)	278 / 324 (85.8)	0,16
Vignette 4	103 / 227 (45.4)	26 / 43 (60.5)	129 / 270 (47.8)	0,07
Réseau personne âgée				
Vignette 1	37 / 43 (86.1)	1 / 2 (50)	38 / 45 (84.4)	0,17
Vignette 2	114 / 145 (78.6)	22 / 33 (66.7)	136 / 178 (76.4)	0,14
Vignette 3	222 / 262 (84.7)	34 / 39 (87.2)	256 / 301 (85,1)	0,69
Vignette 4	103 / 218 (47.2)	19 / 39 (48.7)	122 / 257 (47.5)	0,87
Club sénior				
Vignette 1	37 / 45 (82.2)	0 / 1 (0)	37 / 46 (80.4)	0,20
Vignette 2	107 / 136 (78.7)	21 / 31 (67.7)	128 / 167 (76.7)	0,19
Vignette 3	195 / 245 (79,6)	32 / 39 (82,1)	227 / 284 (79,9)	0,72
Vignette 4	93 / 209 (44,5)	13 / 39 (33,3)	106 / 248 (42,7)	0,20

Annexe 20_ Tableau 21_ Comparaison de la prise en charge de la dépression selon le statut médecin versus interne : diagnostic, échelles, orientation, traitement antidépresseur.

	Médecins N=793 (%)	Internes N=238 (%)	Total N (%)	p
Diagnostic de la dépression				
Vignette 1	787 (99.2)	228 (95.8)	1015 (98.4)	0.0002
Vignette 2	388 (48.9)	80 (33.6)	468 (45.4)	<0,0001
Vignette 3	599 (75.5)	170 (71.4)	769 (74.6)	0.20
Vignette 4	606 (76.4)	181 (76.1)	787 (76.3)	0,91
Répondants ayant réalisé les 4 diagnostics	267 (33.7)	47 (19.8)	314 (30.5)	<0,0001
Modalités diagnostiques : utilisation d'au moins une échelle				
Vignette 1	527 / 787 (67)	187 / 228 (82)	714 (70.3)	<0,05
Vignette 2	286 / 388 (73.7)	74 / 80 (92.5)	360 (76.9)	0.0003
Vignette 3	480 / 599 (80.1)	152 / 170 (89.4)	632 (82.2)	0.005
Vignette 4	411 / 606 (67.8)	132 / 181 (72.9)	543 (69)	0,19
Orientation au spécialiste				
Vignette 1	603 / 787 (76.6)	170 / 228 (74.6)	773 / 1015 (76.2)	0,52
Vignette 2	220 / 388 (56.7)	47 / 80 (58.8)	267 / 468 (57)	0.74
Vignette 3	275 / 599 (45.9)	92 / 170 (54.1)	367 / 769 (47.7)	0.06
Vignette 4	152 / 606 (25.1)	38 / 181 (21)	190 / 787 (24.1)	0.26
Initiation du traitement antidépresseur				
Vignette 1	752 / 787 (95,6)	209 / 228 (91,7)	961 / 1015 (94,7)	0,02
Vignette 2	236 / 388 (60,8)	38 / 80 (47,5)	274 / 468 (58,5)	0,03
Vignette 3	338 / 599 (56,4)	95 / 170 (55,9)	433 / 769 (56,3)	0,90
Vignette 4	370 / 606 (61,1)	110 / 181 (60,8)	480 / 787 (61)	0,95
Initiation du traitement parmi ceux ayant réalisé le diagnostic des 4 formes de dépression				
Vignette 1	262 / 267 (98.1)	41 / 47 (87.2)	303 / 309 (96.5)	0.0002
Vignette 2	166 / 267 (62.2)	23 / 47 (48.9)	189 / 309 (60.2)	0.09
Vignette 3	164 / 267 (61.4)	31 / 47 (66)	195 / 309 (62.1)	0,55
Vignette 4	156 / 267 (58.4)	31 / 47 (66)	187 / 309 (59.5)	0,33

Annexe 21_ Tableau 22_ Comparaison des arguments en faveur de l'initiation au traitement antidépresseur entre les médecins et les internes dans la dépression post-deuil (N=961).

	Médecins N= 752 (%)	Internes N= 209 (%)	p*
Efficacité dans ce contexte			
PDT N (%)	7 (0,9)	2 (0,9)	1
TAF N (%)	168 (22,3)	38 (18,2)	0,31
Prévention du risque suicidaire			
PDT N (%)	58 (7,7)	15 (7,2)	0,93
TAF N (%)	101 (13,4)	25 (11,9)	0,68
Prévention du risque de dépendance			
PDT N (%)	134 (18,3)	69 (34,5)	<0,00001
TAF N (%)	68 (9)	12 (5,7)	0,18
Prévention du risque de maladie neurodégénérative			
PDT N (%)	263 (37,7)	116 (58,6)	<0,00001
TAF N (%)	26 (3,5)	4 (1,9)	0,34
Faible risque iatrogénique			
PDT N (%)	204 (27,2)	84 (40,6)	<0,0001
TAF N (%)	13 (1,7)	0	0,12
Prescription initiale relevant de vos compétences			
PDT N (%)	13 (1,7)	1 (0,5)	0,31
TAF N (%)	249 (33,6)	49 (23,6)	0,01

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

Annexe 21_ Tableau 23_ Comparaison des arguments en faveur de l'initiation au traitement antidépresseur entre les médecins et les internes dans la dépression masquée (N=274).

	Médecins N= 236	Internes N=38	p*
Efficacité dans ce contexte			
PDT N (%)	1 (0,4)	0	1
TAF N (%)	31 (13,1)	6 (15,8)	0,86
Prévention du risque suicidaire			
PDT N (%)	48 (20,3)	7 (18,4)	0,88
TAF N (%)	8 (3,4)	0	0,51
Prévention du risque de dépendance			
PDT N (%)	31 (13,1)	8 (21,1)	0,32
TAF N (%)	18 (7,6)	3 (7,9)	1
Prévention du risque de maladie neurodégénérative			
PDT N (%)	70 (3)	16 (42,1)	0,35
TAF N (%)	4 (1,6)	2 (5,3)	0,49
Faible risque iatrogénique			
PDT N (%)	60 (25,4)	8 (21,1)	0,69
TAF N (%)	5 (2,1)	0	0,80
Prescription initiale relevant de vos compétences			
PDT N (%)	1 (0,4)	1 (2,6)	0,66
TAF N (%)	67 (28,4)	14 (36,8)	0,42

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

Annexe 22_ Tableau 24_ Comparaison des arguments en défaveur de l'initiation au traitement antidépresseur entre les médecins et les internes dans la dépression post-deuil (N=54).

	Médecins N=35 (%)	Internes N= 19 (%)	p*
Peu efficace			
PDT N (%)	14 (40)	13 (68,4)	0,13
TAF N (%)	0	0	*
Doute diagnostique : attente réévaluation et/ou avis spécialiste			
PDT N (%)	8 (22,9)	4 (21,1)	1
TAF N (%)	6 (17,1)	2 (10,5)	0,80
Risque suicidaire (levée d'inhibition)			
PDT N (%)	4 (11,4)	2 (10,5)	1
TAF N (%)	1 (2,9)	2 (10,5)	0,60
Risque iatrogénique			
PDT N (%)	2 (5,7)	1 (5,3)	1
TAF N (%)	6 (17,1)	6 (31,6)	0,38
Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences			
PDT N (%)	21 (60)	6 (31,6)	0,09
TAF N (%)	0	0	*

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

Annexe 22_ Tableau 25_ Comparaison des arguments en défaveur de l'initiation au traitement antidépresseur entre les médecins et les internes dans la dépression masquée (N=194).

	Médecins N= 152	Internes N= 42	p*
Peu efficace			
PDT N (%)	58 (38,2)	16 (38,1)	0,94
TAF N (%)	0	0	*
Doute diagnostique : attente réévaluation et/ou avis spécialiste			
PDT N (%)	9 (5,9)	1 (2,4)	0,60
TAF N (%)	57 (37,5)	13 (30,9)	0,55
Risque suicidaire (levée d'inhibition)			
PDT N (%)	17 (11,2)	5 (11,9)	1
TAF N (%)	1 (0,7)	1 (2,4)	0,89
Risque iatrogénique			
PDT N (%)	17 (11,2)	5 (11,9)	1
TAF N (%)	22 (14,5)	5 (11,9)	0,85
Prescription initiale ne relevant pas de vos compétences			
PDT N (%)	82 (53,9)	24 (57,1)	1
TAF N (%)	3 (2)	0	0,82

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

Annexe 23 _ Tableau 26 _ Reste de la prise en charge (médicale, paramédicale et sociale) avec ou sans prescription d'un traitement antidépresseur en fonction du statut médecin versus interne.

Prise en charge médicale avec prescription d'un ATD		Médecins (%)	Internes (%)	Total	P
Anxiolytiques					
Vignette 1	336 / 693 (48.5)	97 / 193 (50.3)	433 / 886 (48.9)	0,66	
Vignette 2	71 / 220 (32.3)	11 / 37 (29.7)	82 / 257 (31.9)	0,76	
Vignette 3	76 / 318 (23.9)	23 / 89 (25.8)	99 / 407 (24.3)	0,71	
Vignette 4	196 / 352 (55.7)	45 / 104 (43.3)	241 / 456 (52.8)	0,03	
Hypnotiques					
Vignette 1	71 / 712 (10)	27 / 195 (14)	98 / 907 (10.8)	0,12	
Vignette 2	4 / 226 (1.8)	1 / 36 (2.8)	5 / 262 (1.9)	0,68	
Vignette 3	33 / 324 (10.2)	15 / 92 (16.3)	48 / 416 (11.5)	0,11	
Vignette 4	23 / 356 (6.5)	6 / 105 (5.7)	29 / 461 (6.3)	0,78	
NLP / antipsychotiques					
Vignette 1	28 / 720 (3,4)	12 / 196 (6,1)	40 / 916 (4.3)	0,18	
Vignette 2	14 / 224 (6.2)	1 / 34 (2.9)	15 / 258 (5.8)	0,44	
Vignette 3	8 / 325 (2.5)	3 / 92 (3.3)	11 / 417(2.6)	0,67	
Vignette 4	68 / 327 (20.8)	28 / 104 (26.9)	96 / 431 (22.3)	0,19	
Sismothérapie					
Vignette 1	3 / 703 (0.4)	4 / 192 (2.1)	7 / 895 (0.8)	0.02	
Vignette 2	0 / 224	0 / 35	0 / 259	*	
Vignette 3	1 / 323 (0.3)	0	1 / 414 (0.2)	0.60	
Vignette 4	19 / 325 (5.8)	13 / 97 (13.4)	32 / 422 (7.6)	0.01	

Prise en charge paramédicale avec prescription d'ATD

Psychothérapie

Vignette 1	648 / 724 (89.5)	184 / 203 (90.6)	832 / 926 (89.8)	0,64
Vignette 2	186 / 231 (80.5)	30 / 36 (83.3)	216 / 267 (80.9)	0,69
Vignette 3	248 / 324 (76.5)	74 / 94 (78.7)	322 / 418 (77)	0,66
Vignette 4	307 / 353 (87)	98 / 109 (90)	405 / 462 (87.7)	0,41

Prise en charge nutritionnelle

Vignette 1	619 / 719 (86.1)	183 / 196 (93.4)	802 / 915 (87.7)	0,006
Vignette 2	101 / 218 (46.3)	17 / 37 (46)	118 / 255 (46.3)	0,97
Vignette 3	203 / 315 (64.4)	71 / 94 (75.5)	274 / 409 (67)	0,05
Vignette 4	135 / 346 (39)	57 / 102 (55.9)	192 / 448 (42.9)	0,003

Prise en charge fonctionnelle

Vignette 1	550 / 706 (77.9)	161 / 191 (84.3)	711 / 897 (79.3)	0,05
Vignette 2	226 / 235 (96.2)	37 / 38 (97.4)	263 / 273 (96.3)	0,72
Vignette 3	217 / 307 (70.7)	65 / 92 (70.6)	282 / 399 (70,7)	0,99
Vignette 4	173 / 351 (49.3)	60 / 104 (57.7)	233 / 455 (51.2)	0,13

Bilan mémoire

Vignette 1	397 / 671 (59.2)	109 / 190(57.4)	506 / 861 (58.8)	0,66
Vignette 2	102 / 206 (49.5)	12 / 34 (35.3)	114 / 240 (47.5)	0,12
Vignette 3	252 / 328 (76.8)	74 / 92 (80.4)	326 / 420 (77.6)	0,46
Vignette 4	215 / 350 (61.4)	48 / 105 (45.7)	263 / 455 (57.8)	0,004

Prise en charge sociale avec prescription d'ATD

Prise en charge sociale

Vignette 1	663 / 713 (93)	188 / 203 (92.6)	851 / 916 (92.9)	0,85
------------	----------------	------------------	------------------	------

Vignette 2	190 / 222 (85.59)	33 / 36 (91.7)	223 / 258 (86.4)	0,32
Vignette 3	270 / 317 (85.2)	87 / 94 (92.5)	357 / 411 (86.9)	0,06
Vignette 4	145 / 349 (41.5)	58 / 105 (55.2)	203 / 454 (44.7)	0.01
Réseau personne âgée				
Vignette 1	506 / 647 (78.2)	169 / 183 (92.3)	675 / 830 (81.3)	<.0001
Vignette 2	155 / 211 (73.6)	30 / 36 (83.3)	185 / 247 (74.9)	0,21
Vignette 3	255 / 310 (82.3)	88/92 (95.7)	343 / 402 (85.3)	0.001
Vignette 4	141 / 327 (43.1)	59 / 102 (57.8)	200 / 429 (46.6)	0.01
Club sénior				
Vignette 1	495 / 626 (79.1)	143 / 168 (85.1)	638 / 794 (80.3)	0.08
Vignette 2	153 / 206 (74.3)	27 / 33 (81.8)	180 / 239 (75.3)	0,35
Vignette 3	243 / 296 (82.1)	79 / 88 (89.8)	322 / 384 (83.9)	0,09
Vignette 4	157 / 321 (48.9)	53 / 98 (54.1)	210 / 419 (50.1)	0,37
Prise en charge médicale sans prescription d'un ATD				
Anxiolytiques				
Vignette 1	12 / 30 (40)	6 / 19 (31.6)	18 / 49 (36,7)	0,55
Vignette 2	42 / 138 (30.4)	14 / 41(34.2)	56 / 179 (31.3)	0,65
Vignette 3	54 / 242 (22.3)	17 / 72 (23.6)	71 / 314 (22.6)	0,87
Vignette 4	75 / 204 (36.8)	18 / 60 (30)	93 / 264 (35.2)	0,34
Hypnotiques				
Vignette 1	2 / 33 (6.1)	3 / 19 (15.8)	5 / 52 (9,6)	0,25
Vignette 2	1 / 143 (0.7)	1 / 41 (2.4)	2 / 184 (1.1)	0,40
Vignette 3	16 / 249 (6.4)	11 / 73 (15.1)	27 / 322 (8.4)	0.02
Vignette 4	15 / 206 (7.3)	3 / 61 (4.9)	18 / 267 (6.7)	0,77
NLP / antipsychotiques				
Vignette 1	0 / 34 (0)	0 / 19 (0)	0 / 53 (0)	*

Vignette 2	2 / 145 (1.4)	3 / 40 (7.5)	5 / 185 (2.7)	0,07
Vignette 3	2 / 250 (0.8)	0 / 74 (0)	2 / 324 (0.6)	1,00
Vignette 4	32 / 181 (17.7)	16 (27.1)	48 / 240 (20)	0,12
Sismothérapie				
Vignette 1	0 / 32 (0)	2 / 15 (13.3)	2 / 47 (4.3)	0,10
Vignette 2	0 / 147 (0)	0 / 39 (0)	0 / 186 (0)	*
Vignette 3	3 / 249 (1.2)	1 / 68 (1.5)	4 / 317 (1.3)	1,00
Vignette 4	10 / 191 (5.2)	8 / 55 (14.6)	18 / 246 (7.3)	0.02
Prise en charge paramédicale sans prescription d'ATD				
Psychothérapie				
Vignette 1	32 / 34 (94.1)	19 / 19 (100)	51 / 53 (96.2)	0,53
Vignette 2	120 / 144 (83.3)	32 / 41 (78.1)	152 / 185 (82.2)	0,49
Vignette 3	182 / 248 (73.4)	53 / 75 (70.7)	235 / 323 (72.8)	0,64
Vignette 4	165 / 219 (75.3)	56 / 64 (87.5)	221 / 283 (78.1)	0,04
Prise en charge nutritionnelle				
Vignette 1	25 / 33 (75.8)	16 / 19 (84.2)	41 / 52 (78.9)	0,73
Vignette 2	57 / 133 (42.9)	21 / 40 (52.5)	78 / 173 (45)	0,37
Vignette 3	149 / 248 (60,1)	56 / 74 (75.7)	205 / 322 (63.7)	0,01
Vignette 4	89 / 208 (42.8)	38 / 62 (61,3)	127 / 370 (47.1)	0,01
Prise en charge fonctionnelle				
Vignette 1	21 / 31 (67.7)	16 / 19 (84.2)	37 / 50 (74)	0,32
Vignette 2	145 / 151 (96)	40 / 41 (97.6)	185 / 192 (96.3)	1,00
Vignette 3	174 / 245 (71)	51 / 69 (73.9)	225 / 314 (71.7)	0,64
Vignette 4	98 / 215 (45.6)	39 / 65 (60)	137 / 280 (48.9)	0,04

Bilan mémoire					
Vignette 1	19 / 30 (63.3)	11 / 19 (57.9)	30 / 49 (61.2)	0,70	
Vignette 2	60 / 132 (45.5)	13 / 40 (32.5)	73 / 172 (42.4)	0,20	
Vignette 3	229 / 255 (89.8)	65 / 74 (87.8)	294 / 329 (89.3)	0,63	
Vignette 4	145 / 209 (69.4)	35 / 64 (54.7)	180 / 273 (65.9)	0,03	
Prise en charge sociale sans prescription d'ATD					
Prise en charge sociale (aides à domiciles)					
Vignette 1	28 / 32 (87.5)	18 / 19 (94.7)	46 / 51 (90.2)	0,64	
Vignette 2	114 / 146 (78.1)	32 / 39 (82.1)	146 / 185 (78.9)	0,59	
Vignette 3	218 / 254 (85.8)	60 / 70 (85.7)	278 / 324 (85.8)	0,98	
Vignette 4	87 / 205 (42.4)	42 / 65 (64.6)	129 / 270 (47.8)	0,002	
Réseau personne âgée					
Vignette 1	21 / 26 (80.8)	17 / 19 (89.5)	38 / 45 (84.4)	0,68	
Vignette 2	108 / 139 (77.7)	28 / 39 (71.8)	136 / 178 (76.4)	0,52	
Vignette 3	198 / 232 (85.3)	58 / 69 (84.1)	256 / 301 (85,1)	0,79	
Vignette 4	82 / 193 (42.5)	40 / 64 (62.5)	122 / 257 (47.5)	0,01	
Club sénior					
Vignette 1	21 / 28 (75)	16 / 18 (88.9)	37 / 46 (80.4)	0,45	
Vignette 2	100 / 128 (78.1)	28 / 39 (71.8)	128 / 167 (76.7)	0,40	
Vignette 3	174 / 217 (80.2)	53 / 67 (79.1)	227 / 284 (79.9)	0,85	
Vignette 4	72 / 188 (38.3)	34 / 60 (56.7)	106 / 248 (42.7)	0,01	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : La prévention et la prise en charge de la dépression du sujet âgé s'imposent comme une priorité de santé publique par la prévalence élevée, les conséquences délétères en termes de morbi-mortalité et par les impacts sanitaire, économique et social. La dépression du sujet âgé reste souvent sous diagnostiquée et sous traitée en soins primaires alors que les médecins généralistes jouent un rôle central dans sa prise en charge.

Objectif : Décrire les pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé.

Méthode : Une étude transversale a été réalisée au niveau national, via un questionnaire élaboré autour de 4 vignettes cliniques comprenant la description de formes typiques et atypiques.

Résultats : 1031 questionnaires de MG et internes ont été analysés. Seulement 1 répondant sur 6 était formé à la psychiatrie de la personne âgée. La reconnaissance du masque somatique était difficile, même si améliorée par la formation antérieure. Le principal frein à l'orientation était la difficulté d'accès aux spécialistes. Le taux d'orientation des formés était moins important, tandis que leur taux de prescription l'était plus. La prescription d'ATD se voyait moins dans les formes atypiques et la dépression mélancolique, principalement liée au doute diagnostique. La co-prescription ATD/anxiolytiques prédominait dans la forme mélancolique et la sismothérapie était peu évoquée. La prescription isolée de benzodiazépines était peu réalisée. Le rôle du traitement dans la prévention du risque de maladie neurodégénérative était peu connu. Le besoin de formation était unanime pour plus de ¾ de nos répondants.

Conclusion : La formation des MG passe notamment par l'amélioration de la formation théorique. On pourrait intégrer des enseignements interactifs animés par des binômes MG-psychiatres ou gériatres afin de mieux sensibiliser les jeunes internes.

Mieux informer les MG sur l'existence de formations médicales continues ou de diplômes universitaires/interuniversitaires de géronto-gériatrie et de géronto-psychiatrie semble nécessaire. Enfin, renforcer les connaissances des MG sur les pathologies neurodégénératives, les connaissances somatiques et lutter contre la réticence de la pratique de la sismothérapie nous paraissent indispensables.

Mots-clés : Dépression, sujet âgé, médecine générale.