



**HAL**  
open science

# Les troubles psychiques de la personne âgée pendant l'épidémie du Covid-19 : état des lieux des pratiques des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

Inès Loussaief

## ► To cite this version:

Inès Loussaief. Les troubles psychiques de la personne âgée pendant l'épidémie du Covid-19 : état des lieux des pratiques des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03652076

**HAL Id: dumas-03652076**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03652076>**

Submitted on 26 Apr 2022

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

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



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Les troubles psychiques de la personne âgée pendant l'épidémie  
du Covid-19 : état des lieux des pratiques des médecins généralistes  
des Bouches-du-Rhône**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

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

**MARSEILLE**

**Le 21 Avril 2022**

**Par Madame Inès LOUSSAIEF**

**Née le 23 juillet 1992 à Paris 14<sup>ème</sup> (75)**

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

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

**Président**

**Madame le Docteur CAMPANA Marion**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier**

**Directeur**





**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**  
Aix\*Marseille Université

**Les troubles psychiques de la personne âgée pendant l'épidémie  
du Covid-19 : état des lieux des pratiques des médecins généralistes  
des Bouches-du-Rhône**

## **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

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

**Le 21 Avril 2022**

**Par Madame Inès LOUSSAIEF**

**Née le 23 juillet 1992 à Paris 14<sup>ème</sup> (75)**

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

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

**Président**

**Madame le Docteur CAMPANA Marion**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier**

**Directeur**



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

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

### **Chargés de mission :**

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

## ÉCOLE DE MEDECINE

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

### ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

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

**Chargés de mission**

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

### ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

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

**Chargés de mission**

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

## PROFESSEURS HONORAIRES

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

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MAGALON Guy	MM	TAMALET Jacques
	MAGNAN Jacques		TARANGER-CHARPIN Colette
	MALLAN- MANCINI Josette		THIRION Xavier
	MALMEJAC Claude		THOMASSIN Jean-Marc
	MARANINCHI Dominique		UNAL Daniel
	MARTIN Claude		VAGUE Philippe
	MATTEI Jean François		VAGUE/JUHAN Irène
	MERCIER Claude		VANUXEM Paul
	MICHOTEY Georges		VERVLOET Daniel
	MIRANDA François		VIALETTES Bernard
	MONFORT Gérard		WEILLER Pierre-Jean
	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		
	RAOULT Didier		
	RICHAUD Christian		
	RIDINGS Bernard		
	ROCHAT Hervé		
	ROHNER Jean-Jacques		
	ROUX Hubert		
	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		

## EMERITAT

### 2008

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

### 2009

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

### 2010

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

### 2011

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

### 2012

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

### 2013

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

### 2014

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

### 2015

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

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	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
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

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

### 2020

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

## EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
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	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

## DOCTEURS 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.)



## DOCTEURS HONORIS CAUSA

### 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 T. MARRIE (Canada)  
Sir 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	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUYIS Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	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
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

**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**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE**

GENTILE Gaëtan

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES**

BOUSSUGES Alain

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

DUTAU Hervé

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH 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  
FIERLING Thomas  
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)

**ANTHROPOLOGIE 20**

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

**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)

**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)

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)

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

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

**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)  
MARLINGE Marion (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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



**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
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)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO 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)  
CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (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)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021*  
FAURE Alice (PU PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERROT Thierry (PU-PH)  
PESENTI Sébastien (PU-PH)  
*VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement*

DARIEL Anne (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)

LENOIR Marien (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (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)

GAUDRY Marine (MCU PH)  
 SOLER Raphael (MCU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (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)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

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

CUNY Thomas (MCU PH)

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

BERTRAND Baptiste (PU-PH)  
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)  
 JALOUX Charlotte (MCU 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)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

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

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

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

**IMMUNOLOGIE 4703I**

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/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
JARROT Pierre-André (MCU PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-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**

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

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)      BENYAMINE Audrey (MCU-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)

**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)  
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
SUCHON Pierre (MCU-PH)  
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**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)

DELTEIL Clémence (MCU PH)  
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

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

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

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)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

**NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*

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) Surnombre*

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)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (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)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**ANDRE Nicolas (PU-PH)  
BARLOGIS Vincent (PU-PH)  
CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
FABRE Alexandre (PU-PH)  
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
MICHEL Gérard (PU-PH)  
MILH Mathieu (PU-PH)  
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)  
REYNAUD Rachel (PU-PH)  
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)  
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
BREGEON Fabienne (PU-PH)  
GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)  
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*  
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)  
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**BAILLY Daniel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)  
RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**ASTOUL Philippe (PU-PH)  
BARLESI Fabrice (PU-PH)  
CHANEZ Pascal (PU-PH)  
GREILLIER Laurent (PU PH)  
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,  
PSYCHOLOGIE SOCIALE**

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

DUTAU Hervé ( Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
MOULIN Guy (PU-PH)  
*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)  
ROUDIER Jean (PU-PH)**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;  
ADDICTOLOGIE 4804**AMBROSI Pierre (PU-PH)  
DAUMAS Aurélie (PU-PH)  
VILLANI Patrick (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

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

# Remerciements

## **À Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider le jury de thèse, veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération et mes remerciements les plus sincères.

## **À Monsieur le Docteur THERY Didier**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse. Soyez assuré de trouver dans mon travail le témoignage de toute ma gratitude et de mon plus profond respect.

## **À Madame le Docteur LAGOUANNELLE-SIMEONI Marie-Claude**

Je vous remercie sincèrement de vous être intéressée à mon sujet de thèse et d'avoir accepté de siéger à ce jury et d'examiner mon travail.

## **À Madame le Docteur CAMPANA Marion**

Mes remerciements vont également à toi, Marion, pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Merci pour ta bienveillance et pour l'honneur que tu me fais pour juger mon travail.

## **À ma famille :**

À mon père, parti trop tôt. Je n'ai pas eu l'occasion de te remercier pour tous tes sacrifices, pour ton amour immense, pour ta présence et pour ton soutien indéfectible. T'es parti tellement vite. C'est toi qui m'avais parlé en premier de médecine quand j'étais au lycée et m'avais toujours encouragée pour avancer pendant ce long cursus. Je sais que t'étais tellement fier de moi, « la princesse de papa », tu me le répétais tout le temps. J'aurais tellement aimé partager ce moment avec toi. Tu seras à jamais dans mon cœur et mes pensées mon papa chéri. Je te dédie cette thèse.

À ma mère, maman je n'ai pas assez de mots pour exprimer mon amour et ma gratitude pour toi. Tu as tout sacrifié pour que je sois là aujourd'hui et je ne cesserai jamais de te remercier. Ta présence, ton soutien, ton écoute et ta gentillesse sont infaillibles et inconditionnels. J'ai tellement de la chance de t'avoir à mes côtés. Tu m'as toujours soutenue, encouragée et cru en moi. Je te suis reconnaissante pour tout et j'espère que tu es fière de moi.

À mon fiancé, Rémy, l'amour de ma vie, merci pour ton soutien au quotidien, depuis maintenant 6 ans. Tu as toujours été présent, dans les bons et les mauvais moments. Tu m'as encouragée sans faille et m'as accompagnée depuis tout ce temps. Merci pour ton amour et ta patience. Je ne vois mon avenir qu'à tes côtés. Je t'aime du plus profond de mon cœur.

À mon petit frère, merci d'avoir été à mes côtés. Merci pour ton écoute et tes encouragements dans les moments difficiles. Je suis tellement heureuse de t'avoir. Je ne te souhaite que du bonheur avec ta chérie Cécile.

À mes quatre défunts grands-parents, j'espère que vous êtes fiers de votre petite-fille. Vous aussi vous êtes partis trop vite, mais je suis sûre que vous veillez sur moi et que vous êtes toujours à mes côtés.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines en Tunisie, je pense à vous et aurais aimé que vous soyez ici pour partager ce beau moment avec moi.



À ma belle-famille, Danielle, Marc, Vincent, Fred, Pierre, Elodie, Marie, Nico, Fanny et Emma merci pour votre soutien, vous m'avez accueillie chaleureusement au sein de votre exceptionnelle famille. Merci à mes beaux grands-parents mamie Clo, papi Yvan, maminou et papi Jo de votre écoute et votre présence. Rémy et moi avons tellement de la chance de vous avoir.

### **À mes amis :**

À Guigui, ma vie, merci pour ta présence et ton soutien sans faille. Tu as toujours été là pour moi. On a partagé tellement de bons moments ensemble et je sais que ça continuera jusqu'à la fin de notre vie. T'es un ami en or (ou Cartier comme tu veux ☺). Merci pour tout.

À Trécy, merci pour les merveilleux moments qu'on a partagé ensemble depuis presque une décennie maintenant. Tu as été à mes côtés pendant toutes nos années d'études, on a vécu des hauts et des bas mais toujours ensemble et pour ça je t'en suis reconnaissante. Bon, on part où alors cet été ?

À Jules, mon bébé, merci pour les fous rires, les soirées médecines, les moments inoubliables pendant nos années médecine (on s'est bien marré à la BU quand même), les voyages et bien d'autres... j'ai tellement de chance de t'avoir rencontré et tellement heureuse que tu sois dans ma vie.

À Julie, ma pharmacienne préférée, merci pour nos années fac, nos voyages anciens et futurs, merci d'avoir autant partagé à mes côtés.

À Anna, merci pour toutes ces années, à la coloc, aux pauses dans le patio pharma, aux après-midi piscine, à la Grande Motte... Encore plein de belles choses à partager avec toi j'espère.

À Luise, même si tu es à 10 000 Km, je pense à toi en ce jour spécial et te remercie d'avoir été présente pendant toutes ces années. Merci pour tes conseils et ton soutien. On se voit en Mai.

À Eva, Liza et Sophia, les folles du CGD, ok Liza on va dire plutôt les beautés du CGD, vous êtes les sœurs que je n'ai jamais eues. Merci de votre présence quotidienne, des rires, des pleurs, des réunions en urgence, des merveilleux moments partagés ensemble. Merci de votre soutien au quotidien. La belle Eva ma future wedding planner, la sage Liza ma psychologue personnelle et la folle Sophia et les cicatrices en commun de Zanzibar (bon j'avoue la tienne est plus grosse). Les filles, je vous aime tellement, cœur sur vous !!!

À la team « barbeuc à la Langouste » Ugo mon jumeau, Thomas le parrain d'Otis, Dario agent du... on ne sait toujours pas, Loubi le roi de Malte, Val de retour enfin à Mars, Baptiste et Noémie le couple mimi, Sys on sort quand en bateau ?, Mathias et la théorie de l'eau, Loris et St Tropez, Stéphane t'es où, merci pour tous les moments partagés avec vous, on rigole bien n'empêche.

À la team poupou, Rems et Fanny enfin l'appartement et je ne dis pas non à un ramen, Quentin et Aline hâte pour votre mariage, Kloé Théotime Philoute et Malo vous êtes tellement beaux, Flo et Channel allez dernière ligne droite, David Charlotte et la belle Anaë danseuse professionnelle à uniquement 14 mois, Solal et Mia on vous attend avec impatience, Gaga et Eve, vous êtes des personnes en or, j'ai tellement passé de bons moments à vos côtés, et je suis très heureuse de vous avoir rencontrés. Je suis en train de préparer les prochaines vacances de cet été, je sens que ça va être le feu.

À mes co-internes, Jouwa, Nabil, Jean, Camille, Vincent, Mateusz, Clémence, Alice, Alexandre, Ludo, à mes chefs, aux assistants, aux équipes paramédicales et à mes MSU que j'ai rencontrés pendant mon externat et internat, merci pour tout. C'est grâce à vous que je suis là aujourd'hui.

Enfin, spécial remerciement à l'équipe CSA du CGD, Mich, Caro, Marion, Emma, Nath, Loïc, Alexia, Axel, Laurent, Antoine, Nico, Faïza, Valoche, Jean Luc, Linda, Emma, Dorinne merci pour tout, vous m'avez soutenue pendant le début de la période du Covid qui n'était pas évidente pour tous. Vous m'avez appris plein de choses et guidée tout au long de mon semestre.

# Abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
APA	American Psychiatric Association
ATD	Antidépresseur
BDI	Beck Depression Inventory
BZD	Benzodiazépine
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNGE	Collège National des Enseignants de Gériatrie
CSDD	Cornell Scale for Depression in Dementia
DS	Déviation Standard
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECN	Examen Classant National
EDC	Episode Dépressif Caractérisé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPPA	Equipe Mobile Psychiatrie Personnes Agées
GDS	Geriatric Depression Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HDRS	Hamilton Rating Scale for Depression
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IMAO	Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRSNa	Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
ISRS	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
MADRS	Montgomery and Asberg Depression Scale
MG	Médecin Généraliste
MMS	Mini Mental Score
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PA	Personne âgée
PHQ	Patient Health Questionnaire
RDV	Rendez-vous
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale

# Résumé

**Introduction** : Depuis la mise en place des mesures gouvernementales liées à l'épidémie de la Covid-19 et la nécessité d'un confinement, la peur de la maladie et les conditions de vie bouleversées ont eu un impact sur la santé mentale de la population dont les personnes âgées. L'OMS estime que les maladies mentales se classent en troisième position après les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Trois millions de français souffriraient de troubles psychiques. Ainsi, la santé mentale représente un enjeu majeur de santé publique. Durant la crise sanitaire de la Covid-19, le médecin généraliste a occupé un rôle central dans le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée.

**Objectif** : Décrire les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée pendant l'épidémie du Covid-19.

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive, quantitative de type enquête de pratique auprès de 200 médecins généralistes des Bouches-du-Rhône via un questionnaire anonyme abordant les critères diagnostiques, l'attitude thérapeutique et leurs perspectives d'améliorations concernant la santé mentale de la personne âgée pendant l'épidémie de la Covid-19.

**Résultats** : 51 questionnaires ont été analysés. 86% des médecins répondants à l'étude ont été amenés à prendre en charge des pathologies de la santé mentale du sujet âgé lors de cette période. La classe des antidépresseurs la plus utilisée était les ISRS, l'association d'ATD et de Benzodiazépine était très fréquente, faisant des anxiolytiques une classe thérapeutique très utilisée, malgré un risque iatrogène non négligeable. Les durées de prescriptions des anxiolytiques et des hypnotiques étaient en accord avec les recommandations officielles mais on retrouve 41% des répondants qui prescrivaient les ATD sur une courte ou longue durée comparée aux recommandations. Enfin, le recours à une psychothérapie était majoritairement favorable mais l'accès était restreint durant cette période. Le suivi du patient ainsi que la prévention du risque suicidaire étaient considérés comme des éléments majeurs mais plusieurs freins ont été relevés comme la peur de l'épidémie.

**Conclusion** : Les pratiques des médecins généralistes étaient hétérogènes, 57% d'entre eux ne suivaient pas les recommandations de bonne pratique. Des perspectives d'amélioration ont pu être pensées et adaptées au contexte de crise sanitaire comme le développement de la télémédecine pour le suivi, l'amélioration de la formation initiale théorique et pratique des MG et la possibilité de rester informé par l'intermédiaire de l'enquête CoviPrev apportant des solutions d'orientation et d'action devant ce constat.

# Plan

<b>I</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>A)</b>	<b>Définition de la personne âgée .....</b>	<b>3</b>
<b>B)</b>	<b>Définition des pathologies psychiques de la personne âgée .....</b>	<b>3</b>
1)	Généralités .....	3
2)	Epidémiologie.....	5
3)	Trouble dépressif ou épisode dépressif caractérisé.....	5
4)	Trouble anxieux.....	7
5)	Trouble du sommeil.....	8
6)	Risque suicidaire et crise suicidaire .....	10
<b>C)</b>	<b>Outils de dépistage des troubles psychiques chez la personne âgée.....</b>	<b>12</b>
<b>D)</b>	<b>Recommandations actuelles de prise en charge thérapeutique .....</b>	<b>13</b>
1)	Les antidépresseurs .....	13
2)	Les anxiolytiques et hypnotiques .....	15
3)	Les neuroleptiques et antiépileptiques .....	15
4)	Les psychothérapies .....	15
5)	Prise en charge médico-sociale .....	16
<b>E)</b>	<b>La crise sanitaire de la Covid-19.....</b>	<b>17</b>
<b>F)</b>	<b>Mesures mises en place par les autorités politiques et sanitaires pendant l'épidémie de la Covid-19 .....</b>	<b>19</b>
<b>G)</b>	<b>Problématiques en ambulatoire et justificatif de l'étude .....</b>	<b>21</b>
<b>II</b>	<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>24</b>
<b>A)</b>	<b>Objectifs de l'étude .....</b>	<b>24</b>
1)	Objectif principal.....	24
2)	Objectifs secondaires .....	24
<b>B)</b>	<b>Type de l'étude .....</b>	<b>24</b>
<b>C)</b>	<b>Population étudiée .....</b>	<b>25</b>
<b>D)</b>	<b>Mode de recueil des données .....</b>	<b>25</b>
<b>E)</b>	<b>Questionnaire .....</b>	<b>25</b>
<b>F)</b>	<b>Méthode d'analyse statistique des données collectées.....</b>	<b>26</b>
<b>G)</b>	<b>Aspects légaux.....</b>	<b>27</b>
<b>III</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>28</b>
<b>A)</b>	<b>Population des médecins contactés dans l'étude .....</b>	<b>28</b>
1)	Nombre de sujet inclus.....	28
2)	Refus de participation .....	30
3)	Critères socio-démographiques des médecins généralistes participants .....	30
4)	Formation en psychiatrie .....	33
5)	Formation en gériatrie .....	33
<b>B)</b>	<b>Diagnostic des troubles psychiques du sujet âgé .....</b>	<b>34</b>
1)	Période de l'épidémie du Covid-19 .....	34
2)	Signes cliniques orientant vers le diagnostic .....	34
3)	Outils/échelles utilisées en ambulatoire .....	36
<b>C)</b>	<b>Thérapeutiques médicamenteuses .....</b>	<b>37</b>
1)	Classes des médicaments introduits .....	37
(a)	Traitement par antidépresseur .....	37
(b)	Traitement par anxiolytique .....	37
(c)	Traitement par hypnotique .....	37
2)	Stratégies de prise en charge globale médicamenteuse .....	38
3)	Durée des prescriptions .....	39

(a)	Durée de traitement par antidépresseur .....	39
(b)	Durée de traitement par Benzodiazépine .....	39
(c)	Durée de traitement par hypnotiques .....	40
4)	Autres thérapeutiques non médicamenteuses .....	41
<b>D)</b>	<b>Orientation du patient .....</b>	<b>42</b>
1)	Orientation vers un service spécialisé (urgences ou service hospitalier).....	42
2)	Freins à l'orientation vers un spécialiste .....	43
<b>E)</b>	<b>Type de consultation pendant la crise Covid-19.....</b>	<b>44</b>
<b>F)</b>	<b>Amélioration de la prise en charge.....</b>	<b>45</b>
1)	Les obstacles rencontrés en ambulatoire lors de la prise en charge .....	45
2)	Perspectives d'amélioration recensées.....	46
<b>G)</b>	<b>Comparaison entre les médecins suivant les recommandations ou non.....</b>	<b>47</b>
1)	Effectif global des deux groupes .....	47
2)	Comparaison des deux groupes selon le sexe .....	48
3)	Comparaison des deux groupes selon le type d'exercice .....	48
4)	Comparaison des deux groupes selon le nombre d'année d'exercice.....	48
5)	Comparaison des deux groupes selon l'existence d'une formation en psychiatrie ou en gériatrie.....	48
6)	Comparaison selon l'utilisation outils/échelles de diagnostic.....	48
7)	Comparaison selon la stratégie de traitement adoptée.....	49
8)	Comparaison selon la durée de prescription des Benzodiazépines.....	49
9)	Comparaison selon la durée de prescription des hypnotiques.....	49
10)	Comparaison selon la prise en charge de sujet âgé pendant l'épidémie Covid.....	49
<b>IV</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>50</b>
<b>A)</b>	<b>Les limites de l'étude .....</b>	<b>50</b>
1)	Caractéristiques de la population générale .....	50
2)	Biais de sélection .....	50
3)	Biais de déclaration .....	50
4)	Biais d'information .....	51
<b>B)</b>	<b>Principaux résultats .....</b>	<b>51</b>
1)	Les formations en psychiatrie et en gériatrie.....	51
2)	Diagnostic des troubles psychiques de la personne âgée .....	52
(a)	Signes cliniques orientant vers le diagnostic.....	52
(b)	Outils et échelles de diagnostiques utilisés .....	53
3)	Gravité des troubles .....	54
4)	Prise en charge thérapeutique .....	55
(a)	Classes médicamenteuses initiées.....	55
(b)	Associations des traitements.....	55
(c)	Durées des prescriptions.....	56
(d)	Les autres thérapeutiques non médicamenteuses .....	56
5)	Freins à l'orientation vers une consultation de spécialiste .....	57
6)	Les freins rencontrés au quotidien pendant la pandémie du Covid-19 .....	59
7)	Comparaison entre professionnels suivant les recommandations officielles et ceux ne les suivant pas.....	61
<b>V</b>	<b>Les perspectives d'amélioration.....</b>	<b>62</b>
<b>VI</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>64</b>
<b>VII</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>66</b>
<b>VIII</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>75</b>

# I Introduction

## **A) Définition de la personne âgée :**

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

Selon l'OMS, une personne est considérée comme une personne âgée à partir de 60 ans (2).

Cependant, il existe d'autres seuils d'âge pour qualifier une personne d'« âgée » (3).

En effet, au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de la vie, comme le départ à la retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire (1).

Dans les pays occidentaux, un âge de 65 ans ou plus est retenu pour définir une personne âgée par des organismes tel que l'Institut National de la Statistique des Etudes Economiques (INSEE) en France (4).

## **B) Définition des pathologies psychiques de la personne âgée :**

### **1) Généralités :**

Avant de développer les principaux troubles psychiques observables chez la personne âgée, il paraissait important de situer ce qu'est la psychiatrie du sujet âgé.

Antérieurement, selon l'académie de médecine, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, aussi intitulée pédopsychiatrie, s'est démarquée de la psychiatrie générale.

Il en a été de même de la gériatrie par rapport à la médecine interne. Ainsi, depuis de nombreuses années, on a aussi vu s'individualiser une psychiatrie orientée spécifiquement vers le diagnostic et le soin des troubles psychiques du sujet âgé. Elle s'est appelée « psychiatrie gériatrique » en Grande-Bretagne qui est la pionnière de la discipline, puis de façon plus consensuelle et plus opérationnelle « psychiatrie du sujet âgé » (old age psychiatry), « gérontopsychiatrie » dans les pays germaniques, mais aussi « psychogériatrie » aux USA, au Canada, en Suisse et depuis une vingtaine d'années en France avec la création de la « Société de Psychogériatrie de Langue Française » (5).

En 1946, le préambule de la Constitution de l'OMS a défini la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». L'OMS précise également que la santé mentale est « *un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté* » (6).

Le Pacte Européen pour la santé mentale (7), auquel la France a adhéré en juin 2008, élève la santé mentale au rang des droits de l'Homme, « indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie » (8). Ce texte inscrit la santé mentale des personnes âgées au chapitre des priorités.

Les pays européens distinguent donc la santé mentale « positive », notion proche de celle du « bien-être », de la santé mentale « négative » qui revoie à la détresse psychologique, témoin d'une souffrance psychique et aux troubles mentaux (9).

Malgré cela, la souffrance psychique des personnes âgées et ses différentes formes d'expression sont encore souvent banalisées et mises sur le compte du seul vieillissement.

En effet, une maladie psychiatrique peut se manifester chez le sujet âgé sous des formes atypiques et peut être difficile à différencier du vieillissement ou d'une maladie somatique du fait des nombreuses interférences (10).

Ainsi, le vieillissement physiologique et les éventuelles affections somatiques associées entraînent des modifications du corps et du vécu corporel qui expliquent le recours à la plainte somatique comme expression de la souffrance psychologique.



## **2) Epidémiologie :**

La population mondiale vieillit rapidement. Entre 2015 et 2050, le pourcentage d'adultes âgés de plus de 60 ans dans le monde devrait doubler, passant de près de 12% à 22%. En valeur absolue, on s'attend à ce que leur nombre passe de 900 millions à 2 milliards (11).

Au premier janvier 2021, « plus d'une personne sur cinq (20,7%) en France a 65 ans ou plus » selon l'INSEE (11).

Plus de 20% des adultes de 60 ans et plus souffrent d'un trouble de santé mentale ou neurologique (à l'exclusion des céphalées) et 6,6% des incapacités (années de vie ajustées sur l'incapacité – DALY) chez les plus de 60 ans sont attribuées à des troubles mentaux ou neurologiques. Dans la population âgée, ces troubles sont responsables de 17,4% des années de vie ajustées sur l'incapacité (11).

Les troubles mentaux et neurologiques les plus courants dans cette tranche d'âge sont la démence et la dépression, qui touchent respectivement environ 5% à 7% des personnes âgées dans le monde. Les troubles anxieux touchent 3,8% de la population âgée, les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives presque 1% et environ un quart des suicides concernent des personnes âgées de 60 ans ou plus. Les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives chez les personnes âgées sont souvent négligés ou mal diagnostiqués (1).

En France, un tiers des personnes qui se suicident ont plus de 65 ans et 80 à 90% des tentatives de suicide sont liées à un épisode dépressif (12).

Nous avons décidé de détailler dans ce travail les pathologies psychiques les plus courantes qui sont l'épisode dépressif caractérisé, les troubles anxieux, les troubles du sommeil et le risque suicidaire.

## **3) Trouble dépressif ou épisode dépressif caractérisé :**

Dans une revue portant sur la littérature des dix dernières années, *Charney et al*, estiment que la dépression, malgré l'existence de traitements efficaces, reste un problème de santé publique majeur (13).

C'est le trouble psychiatrique le plus fréquent chez la personne âgée (14).

D'un point de vue épidémiologique, les prévalences de la dépression dans cette tranche d'âge varient selon la littérature (15).

L'enquête PAQUID réalisée en France chez les personnes âgées 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 personnes vivant en institution (15).

En France, selon des études réalisées en population générale, la dépression toucherait 11,3% des plus de 75 ans (16).

La dernière version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) a modifié l'ancienne terminologie « Episode Dépressif Majeur » pour « Episode Dépressif Caractérisé » (EDC) (17).

Selon l'OMS, la définition de l'EDC est : « *La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par une tristesse, une 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.* » (18)

Le diagnostic de l'EDC est basé sur l'interrogatoire et la clinique. La classification de référence en France est la classification internationale des maladies (CIM), actuellement dans sa version 10 (CIM-10), définie par l'OMS (ANNEXE 1). C'est cette classification qui est utilisée dans le milieu hospitalier pour la cotation des actes.

Il existe également une classification des troubles mentaux proposée par l'*American Psychiatric Association* (APA) dans la 5<sup>ème</sup> édition du DSM (DSM-5) publiée en 2013 (19) (ANNEXE 2).

Les définitions du DSM-5 et du CIM 10 cumulent des symptômes psychiques à des symptômes physiques spécifiques, avec la notion de durée. Celle-ci est d'au-moins deux semaines (20).

Dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), la sévérité de l'EDC est évaluée selon les signes diagnostiques de la CIM-10 et DSM-5 : « Nombre de symptômes, intensité et degré de dysfonctionnement ressenti par le patient dans sa vie sociale et/ou professionnelle ». Elle classe les niveaux en : « léger, modéré ou sévère » (ANNEXE 3).

Néanmoins, plusieurs sociétés de gérontologie (21) (22) (23) (24) (25) (26) rapportent

des formes cliniques atypiques de l'EDC chez la personne âgée, rendant le diagnostic plus précaire. On peut citer en exemple la dépression délirante ou psychotique avec un délire au premier plan. Il existe également des formes masquées pauci- ou pluri-symptomatiques comme par exemple des troubles du sommeil comme plainte principale ou alors une somatisation avec des plaintes multiples ou difficiles à expliquer.

De ce fait, la symptomatologie est souvent moins franche et moins évidente que celle retrouvée chez une population plus jeune (27).

Par ailleurs, d'autres auteurs ont jugé que les classifications CIM-10 et DSM-5 « n'étaient pas adaptées aux sujets âgés, mettant en doute leur pertinence en gériatrie » (28).

Tout ceci tend à souligner que ce trouble restait sous-diagnostiqué chez la personne âgée (29).

En effet l'EDC chez la PA peut présenter certaines spécificités comme des plaintes somatiques fréquentes, une plainte mnésique subjective ou encore une expression de la tristesse moins marquée par exemple.

Selon une étude de 2003, « l'expression de cette souffrance morale peut également être inhibée par un sentiment de honte, perçue comme une faiblesse » (30).

#### **4) Trouble anxieux :**

L'anxiété chez le sujet âgé a une prévalence entre 6 et 33% selon les études disponibles (31).

Selon une revue publiée par *A. S Rigauc et al*, le tableau clinique est parfois « typique avec l'expression de manifestations psychiques comme un sentiment de malaise, de menace ou insécurité associés à une manifestation physique comme une oppression thoracique, des palpitations, une striction laryngée ou une polypnée ». Il convient alors de faire part de certaines affections somatiques et de rechercher des pathologies comme une arythmie cardiaque, une dysthyroïdie, une embolie pulmonaire ou une hypoglycémie associés souvent à une anxiété majeure (32).

Par ailleurs, l'expression de l'anxiété chez la personne âgée est souvent atypique. Lors de certains états pathologiques surtout chroniques, il n'est pas aisé de dissocier une dépression d'une anxiété (32).

Les plaintes somatiques peuvent être au premier plan comme l'expression d'une asthénie, ou des plaintes comportementales à type d'inhibition ou au contraire une excitation psychomotrice, une agitation ou un comportement d'hyperactivité.

L'anxiété réactionnelle est la situation la plus fréquente qui survient après la confrontation par le sujet âgé d'un événement ou une situation éprouvante. Elle est souvent difficile à distinguer du stress ou de la peur qui ne présentent pas forcément de caractère pathologique. En général celle-ci est accessible à la réassurance mais si elle est invalidante dans la vie quotidienne, l'anxiété correspond alors au diagnostic de trouble de l'adaptation selon de DSM-5 (19) (32).

L'anxiété réactionnelle et le trouble de l'adaptation peuvent bénéficier de la réassurance et d'un soutien avec une psychothérapie. Une approche familiale et sociale est également nécessaire. Selon une étude, les interventions psychologiques, à type de psychothérapies, ont démontré une supériorité par rapport au placebo dans la prise en charge de l'anxiété chez la personne âgée (33).

Si le trouble anxieux est marqué ou persistant et si la psychothérapie n'est pas suffisante, on peut avoir recours aux benzodiazépines mais sur une courte période de 4 à 8 semaines, à la dose la plus faible possible. L'arrêt du traitement doit être fait de manière progressive.

Et en cas d'évolution plutôt chronique ou vers un syndrome dépressif, la prise en charge est plus difficile et comprend une psychothérapie associée à un traitement antidépresseur.

Enfin, il est essentiel de prendre en charge les pathologies somatiques ou psychiatriques souvent liés au trouble anxieux.

## **5) Trouble du sommeil :**

Des études utilisant des auto-questionnaires ont démontré qu'environ « 35% des sujets âgés de plus 60 ans ont des plaintes de trouble du sommeil » (34).

En effet, à l'aide de questionnaires et d'enregistrements polygraphiques, les chercheurs de l'étude ont révélé des modifications du sommeil et de la veille en lien avec le vieillissement. Les grapho-éléments du sommeil étant altérés par le vieillissement, l'évaluation des stades de sommeil sont alors plus difficile à étudier que chez le sujet jeune. L'alternative pour l'évaluation des différents stades de sommeil restent les critères de *Rechtschaffen* et *Kales* (35) (36) (37).

Les personnes âgées sont atteintes de baisse de l'efficacité du sommeil, d'éveils fréquents et prolongés au cours de la nuit, de réveils matinaux précoces et une majoration de la somnolence au cours de la journée (34) (38).

Ainsi, les troubles du sommeil peuvent être handicapants d'une façon significative chez la personne âgée compte tenu de la somnolence présente pendant la journée. Inversement, cette somnolence peut retentir sur la qualité du sommeil pendant la nuit, ce qui au final entraîne un processus de désinsertion sociale ou familiale (38).

La personne âgée fait plus de siestes que le sujet jeune pour compenser (38).

Cliniquement, il importe d'évaluer si les plaintes de sommeil entrent dans un contexte de modifications physiologiques du sommeil et de la veille ou des rythmes circadiens en lien avec le vieillissement. La recherche également de mauvaises règles d'hygiène de vie est primordiale.

Ces troubles peuvent donc témoigner d'un trouble spécifique du sommeil ou d'une pathologie somatique ou psychiatrique qui nécessite un traitement (34).

La classification diagnostique des troubles du sommeil et de l'éveil (*International Classification of Sleep Disorders*) peut être utilisée chez le sujet âgé (34).

Ainsi on peut décrire selon cette classification, des insomnies liées :

- Au syndrome d'apnée du sommeil (« 26 à 62% des personnes âgées auraient un des critères électro-encéphalographiques d'un syndrome de l'apnée du sommeil sans impact clinique pour la plupart d'entre eux ») (39) (40).
- Au syndrome des jambes sans repos : la prévalence chez la personne âgée est de 18 à 58% (41). Ces mouvements involontaires de dorsiflexion du pied ou la jambe en totalité surviennent de manière rythmique pendant la nuit. Ils apparaissent au calme et au primo-décubitus ce qui peut entraîner une augmentation de la latence de l'endormissement (41).
- Aux causes organiques : fièvre, douleur, angoisse, pathologies métaboliques, endocriniennes ou cérébrales. Au cours de la dépression l'insomnie est très fréquente (34).
- À l'addiction aux drogues et alcool (42).

Les troubles du sommeil chez la personne âgée peuvent ainsi découler de plusieurs facteurs dont l'intérêt majeur de les analyser. Il convient de leur expliquer les modifications physiologiques du sommeil en lien avec le vieillissement.

L'approche thérapeutique peut d'abord faire appel aux règles hygiéno-diététiques, les horaires de coucher et lever qui doivent être le plus fixe possible, de limiter tout excitant avant le coucher, de pratiquer une activité physique au cours de la journée, d'éviter les siestes pendant la journée et de s'exposer suffisamment à la lumière du jour (43). S'il existe un terrain anxieux, le recours aux hypnotiques peut s'avérer nécessaire. Ils doivent être utilisés avec prudence chez la PA car ceux-ci peuvent engendrer des modifications de la structure du sommeil, provoquer une inversion du cycle nyctémérale, être pourvoyeur de confusion ou de chute ou aggraver une apnée du sommeil. Un risque de dépendance est aussi à craindre (32).

Ainsi, quelques règles doivent s'appliquer si on introduit un hypnotique : le prendre au moment du coucher, le prescrire à une dose efficace la plus faible possible, pendant une période la plus courte possible avec une possibilité d'inclure des jours sans prise. Le choix doit porter sur une BZD avec une demi-vie courte en cas de trouble de l'endormissement, ou une BZD avec une demi-vie moyenne en cas de réveils nocturnes.

L'alternative est de proposer de faibles doses d'antidépresseurs sédatifs pour contrer les effets secondaires des hypnotiques (32).

## **6) Risque suicidaire et crise suicidaire :**

Selon la Fédération Française de Psychiatrie, « *la crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur étant le suicide Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire* » (44).

En France le taux de suicide de cette population est parmi le plus élevé en Europe de l'Ouest. Le taux de suicide chez les sujets âgés est le double de celui de la population générale (44).

Le risque suicidaire pourrait être sous-estimé chez la personne âgée, deux tiers des personnes suicidées auraient consultés leur médecin traitant dans le mois précédant le suicide (45).

Les facteurs de risque pouvant augmenter le risque suicidaire sont : le sexe masculin, être veuf ou divorcé, un soutien social ou familial faible et l'existence de pathologie somatique ou psychiatrique (46).

Selon la HAS, l'évaluation du risque suicidaire doit être systématique en cas d'EDC chez la personne âgée. Les idées suicidaires doivent être toujours recherchées (47).

Son repérage peut s'appuyer sur différentes manifestations, selon la HAS (48) :

- « *L'expression d'idées et/ou d'intention suicidaires*
- *Manifestations de crise psychique*
- *Contexte de vulnérabilité* »

Chez la personne âgée, les idées suicidaires sont très peu exprimées. La crise suicidaire est souvent peu apparente et masquée par des plaintes plutôt somatiques. Une étude descriptive au Royaume-Uni montrait que les idées suicidaires n'étaient clairement formulées que par 17.9 % des PA (49).

Ainsi, on retrouvera des signes comme le repli sur soi, des attitudes de désinvestissement, un refus d'alimentation ou un refus de soin (50).

Le risque de décès lors d'une tentative de suicide chez le sujet âgé est plus important que dans les autres tranches d'âge (50).

La HAS précise que « *l'âge supérieur à 75 ans, le sexe masculin, les comorbidités somatiques, la perte d'un proche (surtout le conjoint), un changement d'environnement, la maltraitance, l'isolement et la dépression* » sont des facteurs de risque spécifiques à la crise suicidaire chez le sujet âgé (48).

## **C) Outils de dépistage des troubles psychiques chez la personne âgée :**

Face à la difficulté de dépistage et de diagnostic comme nous avons pu l'aborder précédemment, des aides instrumentales ont été développées.

Certaines échelles ou outils de dépistage et de diagnostic décrits par les sociétés gérontologiques et psychiatriques ont permis d'apporter une aide (51).

On peut scinder ces échelles en deux groupes : auto-évaluation et hétéro-évaluation.

Les échelles d'hétéro-évaluation sont :

- L'échelle de Cornell (CSDD : *Cornell Scale dor Depression in Dementia*) : elle permet de faciliter le dépistage du syndrome dépressif du sujet âgé ayant une démence déjà installée (avec un MMS inférieur à 15) (52).
- L'échelle Hamilton (HDRS : *Hamilton Rating Scale for Depression*) : cette échelle peut s'utiliser dans toutes les tranches d'âge. Elle permet de quantifier l'intensité des symptômes dépressifs (53).
- L'échelle MADRS (*Montgomery and Asberg Depression Scale*) : utilisée chez l'adulte et le sujet âgé pour le dépistage de la dépression (54).

Les échelles d'autoévaluation sont :

- GDS (*Geriatric Depression Scale*) : existe en Mini-GDS comportant quatre items, 15 items (version courte) ou 30 items (version longue). Cette échelle est utilisée en l'absence de troubles cognitifs (55).
- BDI (*Beck Depression Inventory*) : comporte 21 items, utilisable chez l'adulte et le sujet âgé (56).
- PHQ-2 et PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) : Les deux échelles sont complémentaires, PHQ-2 est utilisée plutôt pour le repérage, alors que PHQ-9 sera plutôt pour améliorer la spécificité. Elles permettent également de faire le suivi et d'évaluer la réponse thérapeutique. Cependant ces échelles ne sont pas validées en langue française (57).



## **D) Recommandations actuelles de prise en charge thérapeutique :**

La HAS a publié un arbre décisionnel d'aide à la prise en charge de la dépression du sujet âgé, aidé par un programme pilote mené entre 2006 et 2013, dont le but était d'améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée (« *plan PsychoSA* ») (58).

### **1) Les antidépresseurs :**

La HAS préconise l'administration d'un antidépresseur en cas de symptômes dépressifs d'intensité moyenne. Celui-ci pourrait être associé à une psychothérapie, en se basant sur l'examen clinique et le choix du patient. Elle préconise également l'introduction d'emblée d'un antidépresseur toujours associé à une psychothérapie si la dépression est d'intensité sévère (59).

Les antidépresseurs recommandés appartiennent à plusieurs groupes retrouvés dans le Vidal (60) et présentés ci-dessous : (ANNEXE 4, ANNEXE 5)

- Les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa)
- Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS)
- Les imipraminiques (Tricycliques)
- Les Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase (IMAO)
- Les antidépresseurs de mécanismes pharmacologiques différents (exemple : Mirtazapine)

Le choix de la classe de l'antidépresseur sera choisi en fonction notamment « *des effets secondaires, des réponses éventuelles précédemment obtenues dans le cas d'une dépression antérieure, des préférences du prescripteur et du patient, du coût ainsi que des propriétés pharmacologiques de la molécule* » selon Gelenberg et al (61).

Selon la HAS en 2017, les ISRS, IRSNa et la classe des « autres antidépresseurs » (dont la Mirtazapine et la Miansérine) étaient recommandés en première intention en ambulatoire, en raison d'une meilleure tolérance (62) (ANNEXE 6).

Les antidépresseurs imipraminiques (les tricycliques) ne sont eux recommandés qu'en deuxième intention devant un risque de toxicité cardiovasculaire plus élevé (62).

Concernant les IMAO, ils sont indiqués qu'en dernière ligne, après échec des autres thérapeutiques, du fait de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses, leur prescription relevant du spécialiste (59).

La posologie initiale recommandée pour la plupart des antidépresseurs est en général de moitié pour les PA de plus de 70 ans que celle chez l'adulte jeune car habituellement induisent plus d'effets indésirables chez le sujet âgé (63).

L'agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) préconise également l'utilisation d'une monothérapie antidépressive en population générale. Peu de données ont évalué l'efficacité d'associations d'antidépresseurs, avec un risque important concernant cette association (64).

Le Collège National des Enseignants en Gériatrie (CNGE) préconise une durée de 4 mois pour un traitement par antidépresseur pendant la phase aiguë, avec une durée totale de traitement entre 6 et 9 mois maximum (pour un premier épisode de dépression) (65).

La HAS préconise une durée totale d'au moins un an pour un traitement par antidépresseur à poursuivre après la rémission de l'épisode dépressif caractérisé (59).

L'AFSSAPS recommande une durée de traitement d'autant plus prolongée que les épisodes antérieurs ont été nombreux et sévères (64).

Quant à l'American Psychiatric Association (APA), « les patients traités avec succès par antidépresseur lors de la phase aiguë devraient poursuivre le traitement pendant 4 à 9 mois, permettant la réduction de rechute » (63).

Enfin, l'arrêt du traitement devra être fait de manière progressive, sur plusieurs semaines, selon la HAS (59) (63).

## **2) Les anxiolytiques et hypnotiques :**

L'association de prescription anxiolytique ou hypnotique avec un antidépresseur est fréquente en France (66).

Selon la HAS, un traitement concomitant par BZD peut être justifié en début de traitement par antidépresseur pour une durée de deux semaines en cas d'agitation, d'insomnie ou d'anxiété (59).

Cependant, leurs prescriptions doivent être prudentes chez le sujet âgé. Ceux-ci ne doivent pas être prescrits plus de 4 semaines et doivent être arrêtés dès que l'antidépresseur améliore l'anxiété ou l'insomnie (67).

En effet selon l'INSERM, le risque de dépendance aux BZD n'est pas négligeable. Il existe un risque de chute par une baisse de la vigilance. Les anxiolytiques et hypnotiques peuvent être pourvoyeur de confusion, trouble du comportement, trouble de la mémoire ainsi que majoration de l'agressivité (68).

Ainsi, les anxiolytiques et hypnotiques auraient une place accessoire et transitoire dans la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée. On privilégiera des hypnotiques ou BZD à demi-vie courte, à une posologie réduite de moitié par rapport à la dose proposée pour un jeune adulte (69).

Concernant les BZD, selon la HAS la durée de prescription doit être la plus courte possible et ne dépassant jamais plus de douze semaines (59). Quant aux hypnotiques, ceux-ci doivent être limités à une durée maximale de quatre semaines (68).

## **3) Les neuroleptiques et antiépileptiques :**

Ils peuvent avoir un rôle dans la prise en charge d'un épisode caractérisé dépressif sévère ou la présence d'un délire mais leur utilisation est réservée à un milieu spécialisé.

## **4) Les psychothérapies :**

Le développement de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies chez la personne âgée a permis de mettre en évidence leur efficacité dans cette tranche d'âge (70).

Une psychothérapie peut être faite en ambulatoire par différents thérapeutes :  
Psychiatre, médecins généralistes ou psychologues.

Il existe plusieurs types de psychothérapie :

- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : elle est basée sur la prise de conscience des liens entre les pensées, les comportements et les émotions. Elle permet d'améliorer l'état émotif en modifiant les facteurs influençant le comportement.
- La psychothérapie de soutien : le but est de trouver ses propres solutions. L'approche est centrée sur le présent qui mise sur la capacité de la personne à comprendre ses difficultés.
- La psychothérapie analytique (psychanalyse) : fait appel au concept de l'inconscient. L'objectif est de prendre conscience de l'impact des conflits inconscients sur le fonctionnement actuel.

Selon la HAS, une psychothérapie doit être utilisée à chaque phase de la dépression et à tout niveau de gravité. On préconisera plutôt une psychothérapie de soutien en première intention lors d'un épisode caractérisé dépressif léger. Pour les épisodes caractérisés dépressifs sévères, la psychothérapie sera envisagée d'emblée en complément d'un traitement par antidépresseur (59).

Cependant, aucune étude n'a démontré la supériorité de la psychothérapie sur le traitement médicamenteux chez le sujet âgé lors d'une prise en charge d'une dépression avérée. Dans une méta-analyse de 2014, l'association d'une psychothérapie avec un antidépresseur était plus efficace qu'une psychothérapie isolée (71).

## **5) Prise en charge médico-sociale :**

Une prise en charge sociale permet de lutter contre le cercle vicieux de l'isolement, la solitude et la dépression. Pour cela, une collaboration étroite entre professionnels de santé paramédicaux (IDE, aide-soignant ...), le médecin généraliste, les travailleurs sociaux (assistante sociale, aide-ménagère) et l'entourage familial est nécessaire.

La HAS recommande, si le patient est en accord, d'informer l'entourage du patient sur les symptômes, l'évolution et le traitement des troubles psychiques. Ceci permet de soutenir l'alliance thérapeutique. Il est également préconisé de fournir à l'entourage une information sur les associations de patients et représentants des usagers (59).

## **E) La crise sanitaire de la Covid-19 :**

L'histoire de la médecine est marquée par de nombreuses crises sanitaires et épidémiques dont les principales ont suscité des changements sociétaux majeurs comme la peste, la variole, le choléra, la rougeole, Ebola, le VIH ou encore la grippe espagnole. L'apparition des antibiotiques a permis d'endiguer une partie des épidémies bactériennes (72), mais ne permet pas d'éviter l'émergence de nouvelles épidémies virales (73).

En décembre 2019, une infection respiratoire causée par un nouveau coronavirus (SARS CoV-2) a émergé en Chine et causé une pandémie en Mars 2020.

L'épidémie de la Covid-19, reconnue comme une urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020 par l'OMS (74), puis comme pandémie le 12 Mars 2020 (75), le haut conseil en santé publique a rédigé des recommandations spécifiques pour les personnes « à risque de forme sévère » le 14 mars 2020 (76), tenant compte de l'ensemble de ces éléments et de l'impératif de protection des plus vulnérables : la distanciation sociale devenait le moyen de prévention privilégié.

Concernant les personnes âgées, on retenait des recommandations visant à éviter que le virus entre en contact avec cette population vulnérable :

- Restreindre drastiquement (voire interdire) les visites dans les établissements d'hébergements collectifs.
- Contre-indiquer aux personnes à risque l'utilisation des moyens de transports collectifs et limiter les déplacements individuels aux seuls déplacements essentiels.
- Application d'un confinement total à domicile pour les personnes fragiles non hébergées dans des établissements spécialisés, et limiter au maximum les contacts avec les structures sanitaires ou des professionnels de santé à leur cabinet.
- Promouvoir plutôt la télémédecine ou tout autre moyen de communication permettant un contact visuel (77).

Le risque de morbi-mortalité par le virus SARS-CoV2 a sans doute été le plus évident au moment de la pandémie et en particulier chez les personnes âgées.

Ainsi l'émergence de cette pandémie dans nos sociétés a pu avoir des conséquences indirectes délétères sur les individus, les communautés et les sociétés, que ce soit sur plan somatique ou le plan psychique.

Les mesures de distanciation physique et de restrictions à la liberté de circulation à grande échelle, utiles pour ralentir la propagation du virus, ont pu également impacter la vie sociale (78).

Sur le plan social, la pandémie à Covid-19 a été l'occasion de se questionner sur l'importance du lien social, du lien « à l'autre ». Avant 2019, les phénomènes d'isolement social et de solitude étaient des fléaux qui impactaient déjà les personnes âgées (79).

Il faut différencier les notions de solitude et d'isolement social :

- La solitude est le ressenti qui découle de l'inadéquation entre les contacts sociaux réels et ceux espérés. Elle peut être aussi définie comme un vécu douloureux de l'isolement social (80) (81).

Bien qu'elle ne puisse se calculer selon des critères objectifs, 27% des français de plus de 60 ans affirment éprouver de la solitude. Ce phénomène est amplifié chez les femmes, de plus de 85 ans ainsi que pour les personnes aux revenus modestes (82).

- L'isolement social est le troisième facteur de mortalité en Europe après l'âge de 75 ans (82). Il s'agit d'un déficit objectif de liens sociaux et peut se calculer, contrairement à la solitude. Selon l'association « Les petits frères des pauvres », plus de 900 000 personnes âgées de plus de 60 ans sont en isolement social en 2017. Il est défini comme la perte d'au moins deux des cercles relationnels parmi les suivants : familial, voisinage, amical et réseaux associatifs (82).

L'isolement social renforce le sentiment d'inutilité sociale et diminue les stimulations physiques, nutritives et sensorielles (83).

Sur le plan psychologique, des auteurs rapportent que la distanciation sociale pendant la pandémie de la Covid-19 a majoré le risque de dépression et d'anxiété chez les personnes âgées et une augmentation du nombre d'hospitalisations mensuelles des sujets âgés pour tentatives de suicide lors du premier confinement comparativement à la même période de l'année précédente sur la région Auvergne-Rhône-Alpes (84).

Cependant, la santé mentale est plus globale et il serait réducteur de ne parler de santé mentale qu'en terme de présence ou d'absence de troubles avérés et répondant aux critères nosographiques du DSM-5 ou de la CIM10 (85).

## **F) Mesures mises en place par les autorités politiques et sanitaires pendant l'épidémie de la Covid-19 :**

Les pouvoirs publics, sous conseils des autorités sanitaires et selon l'évolution des connaissances scientifiques à l'instant T, vont pouvoir mettre en place des mesures sanitaires durant les épidémies.

Ainsi, en France, le 17 Mars 2020, le Président de la République annonce le premier confinement. Durant celui-ci, les déplacements étaient interdits sauf pour les achats de première nécessité. Les écoles ainsi que les commerces non essentiels ont dû fermer et la généralisation du télétravail a été développé.

Ces mesures exceptionnelles aspiraient à diminuer l'expansion du virus pour protéger les personnes les plus vulnérables.

L'émergence de cette pandémie a eu des impacts tant sur le plan somatique que psychologique.

Pour limiter le retentissement de cette crise sur la santé mentale des personnes âgées, plusieurs recommandations de santé publique ont vu le jour à partir de mars 2020.

L'OMS a recommandé de promouvoir la communication intra familiale. En effet, plusieurs moyens de communication ont été étudiés et comparés par plusieurs études. L'appel vidéo a été valorisé par rapport à l'appel téléphonique dans les EHPAD selon une étude publiée en 2020 (86).

Certaines études ont prouvé que les appels téléphoniques et vidéos fréquents avec l'entourage et les travailleurs sociaux permettaient d'atténuer l'isolement (79).

Ainsi, lors de l'épidémie de la Covid-19, l'offre de soins de la personne âgée a été adaptée par le développement de la téléconsultation ou d'appels systématiques aux patients mais aussi aux aidants.

Des équipes mobiles se sont développées, évitant dans certains cas une hospitalisation où un risque de contamination pouvait être important (87).

Des thérapies cognitives et comportementales en ligne ont été développées par téléconsultation, et ont permis de réduire le stress lié au confinement (88).

Des appels téléphoniques systématiques ont également été mis en place, permettant un suivi par les professionnels de santé et un diagnostic précoce d'un état de

souffrance. Ils ont permis de donner des informations simples aux personnes âgées et leur entourage (90).

Ainsi, grâce à ce moyen, le soignant jugeait la nécessité d'une orientation vers un médecin, évaluait les aides à domicile permettant l'autonomie de la personne âgée et apportait un soutien moral.

Les autorités sanitaires ont mis en place des lignes d'assistance téléphonique, dès le début de l'épidémie. On peut citer par exemple « Au bout du fil » destinée aux personnes âgées et réalisé par des bénévoles de cette association où des appels téléphoniques hebdomadaires sont passés, « Share ami » dont l'objectif est de mettre en relation des jeunes apprenant la langue française et des personnes âgées vivant en France, « Les courriers du cœur » qui est une initiative citoyenne et solidaire destinées aux personnes isolées en EHPAD. Un « numéro vert **0 800 130 000** » a également été mis en place pour repérer les principaux symptômes anxieux et dépressifs (90).

Pour la prévention du suicide, on peut citer la mise en place d'aide à distance comme « SOS Amitiés, SOS Suicide Phénix, Suicide Ecoute », gérés par des bénévoles et soutenus par Santé Publique France.

Concernant l'entourage et les aidants, un site d'information « Agevillage.com » a été créé pour les aidants d'un proche âgé et qui regroupe toute l'actualité les concernant. Il recense des aides financières et juridiques, comment aménager un logement ou encore de prévenir la perte d'autonomie, le tout sous forme de dossiers pratiques. La « Compagnie des aidants » permet d'échanger avec des aidants experts pour obtenir une aide par leurs bénévoles et de les former avec une plateforme d'auto-formation. Il permet un échange entre les aidants, créé par des aidants bénévoles (91).

Le ministère de la solidarité et de la santé a présenté des initiatives autour de dix besoins essentiels de la personne âgée : se nourrir, prendre soin de soi et se soigner, être informé et écouté, se prémunir des arnaques, parler avec autrui, sortir et maintenir une activité physique, s'occuper et se cultiver, organiser sa vie quotidienne, maintenir des rituels symboliques ou spirituels et soutien au deuil, avec plusieurs liens pour chaque besoin (91).



Ainsi, l'enjeu majeur est de préserver un équilibre entre la nécessité sanitaire et l'impact sur la vie en société. C'est pourquoi Santé publique France a mis en place plusieurs études spécifiques et renforcer la surveillance.

La plus importante est l'étude « CoviPrev » qui suit depuis le début de la crise sanitaire les différentes dimensions de la santé mentale avec la génération de bulletins hebdomadaires de surveillance syndromique de la santé mentale pour mesurer par exemple les gestes suicidaires ou les troubles anxieux (92).

Cette enquête permet d'observer entre autres l'impact de l'épidémie sur la santé mentale des Français, et en complément des connaissances scientifiques issues de l'analyse de la littérature, celle-ci permet de construire et de renforcer les messages de prévention auprès de la population, dont les personnes âgées.

Un recensement de dispositifs d'aide à distance est disponible (93) afin de faciliter l'accès aux professionnels de santé. Ce recensement a été classé par thème et par population.

## **G) Problématiques en ambulatoire et justificatif de l'étude**

Les médecins généralistes ont dû faire preuve d'adaptabilité afin de poursuivre des soins primaires courants tout en réorganisant leur travail et la gestion de leur cabinet pendant l'épidémie du Covid-19.

Leur rôle est primordial car ils sont en première ligne pour faire le diagnostic et le suivi des troubles psychiques tout en encourageant le patient à contribuer aux activités de soins de leur maladie.

L'initiation du traitement médicamenteux et/ou non médicamenteux, ainsi que l'adaptation des doses et de la durée font partis de leur rôle central dans le parcours de soin.

Un point important également est le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire.

En contrepartie, cette prise en charge globale peut être difficile en pratique. Peu de données existent sur les spécificités de la prise en charge des troubles psychiques du sujet âgé en ambulatoire.

Bien que les critères diagnostiques de la dépression soient semblables à tout âge, les symptômes et l'évolution de cette maladie reste spécifique chez la personne âgée.

En effet, une pathologie psychique chez la personne âgée peut se manifester sous des formes atypiques et peut être difficile à différencier du vieillissement ou d'une maladie somatique.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que l'utilisation des critères du DSM-5 pour les sujets âgés entraîne un sous-diagnostic par la présentation clinique du trouble dépressif souvent frustré ou liée à une pathologie somatique chronique qui masquerait la symptomatologie psychiatrique (94).

Certains psychiatres mettent d'ailleurs en avant le peu d'intérêt que cette classification porte à cette catégorie d'âge (95).

La dépression n'est pas diagnostiquée dans 40% des cas, pour plusieurs causes (96) :

- Le patient dénie ses troubles, en effet il y aurait 43% de personnes ayant un syndrome dépressif ne consultant pas un médecin.
- Les symptômes exprimés sont alloués de manière erronée au vieillissement physiologique.
- L'atypie de la symptomatologie : 60% des patients ayant un syndrome dépressif présentent des plaintes somatiques ou des troubles cognitifs au premier plan (97) (98).

Devant souvent un tableau polypathologique, l'instauration d'un traitement médicamenteux ainsi que son suivi peut poser certains obstacles et les exposés à des risques d'iatrogénie surtout avec la famille des psychotropes.

L'accès à une psychothérapie chez cette population, en cette période de crise sanitaire, peut être entravé par certains obstacles, que nous étudierons dans cette étude.

De plus, sur le plan thérapeutique, afin de pallier à l'isolement et favoriser la stimulation cognitive, de nouvelles technologies ont été utilisées mais avec des résultats mitigés chez les personnes âgées (99).

En effet, elles ont pu se retrouver en difficulté pour utiliser les outils de nouvelles générations comme par exemple la téléconsultation par vidéo-transmission.

La plupart des stratégies thérapeutiques ont reposé sur la pharmacothérapie pour contourner cette difficulté d'utilisation de moyens techniques.

Or l'usage des psychotropes ou de BDZ a pu être moins sécurisé (99), les réévaluations médicales étant plus limitées et la surveillance de la tolérance paraclinique plus difficile (100).

Au total, peu d'études se sont intéressées à la prise en charge globale de la santé mentale de la personne âgée par les médecins généralistes en ambulatoire pendant la pandémie de la Covid-19, pourtant ces derniers jouent un rôle central, car ils sont en première ligne pour faire le diagnostic, initier les traitements, suivre et soutenir le patient dans sa participation aux activités de soins.

Dans ce cadre, notre étude vise à décrire les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge globale des pathologies psychiques de la personne âgée pendant l'épidémie de la Covid-19.

## II Matériels et méthodes

### A) Objectifs de l'étude :

#### 1) Objectif principal :

L'objectif principal de l'étude est de décrire les pratiques des médecins généralistes en ambulatoire concernant la prise en charge des pathologies psychiques durant l'épidémie du Covid-19.

#### 2) Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires sont :

- Déterminer les signes conduisant les médecins généralistes vers le diagnostic des pathologies psychiques (syndrome dépressif, trouble anxieux, trouble du sommeil, crise suicidaire)
- Connaître les outils utilisés pour l'aide au diagnostic
- Recenser les éventuels obstacles rencontrés en ambulatoire lors de la prise en charge de ces troubles dans un contexte de pandémie
- Déterminer des pistes d'amélioration éventuelles des pratiques
- Comparer la prise en charge des médecins généralistes qui suivent les recommandations officielles et ceux qui ne les suivent pas

### B) Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, descriptive, quantitative, de type enquête de pratique. La période concernait le début de l'épidémie du Covid-19 soit Mars 2020 jusqu'en Octobre 2021.

### **C) Population étudiée :**

La population de l'étude comptait 200 médecins. Leur activité était obligatoirement libérale. Ils étaient installés, remplaçants ou en exercice mixte. Ils exerçaient dans le département des Bouches-du-Rhône.

Cette population a été tirée au sort dans l'annuaire téléphonique Ameli et les pages jaunes, sans rafraichissement de la page.

Les médecins n'ayant pas d'activité de médecine générale libérale n'étaient pas inclus. Les médecins n'exerçant pas dans le département des Bouches-du-Rhône ont été exclus.

Après avoir recueilli les noms et numéros de téléphone des médecins généralistes, deux appels téléphoniques maximum par médecin a été effectué.

Le but était de leur expliquer le protocole de notre étude et de recueillir, après leur accord, leur adresses e-mail, pour pouvoir leur envoyer le questionnaire.

### **D) Mode de recueil des données :**

L'auto-questionnaire a été réalisé sur Google Forms, permettant de recueillir des données anonymes.

Le questionnaire comportait également une explication détaillée en début de celui-ci. Quatre relances ont été effectuées, à quinze jours d'intervalle entre chaque relance.

Les données ont été recueillies entre le 22 Novembre 2021 et le 14 janvier 2022.

### **E) Questionnaire :**

Le questionnaire comportait 24 questions, composé de questions majoritairement fermées sous formes de QCM soit à choix unique soit à choix multiples et quelques questions ouvertes non obligatoires permettant aux médecins de répondre librement avec une réponse courte.

Il existait plusieurs parties :

- Une partie sur les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée
- Une partie sur le diagnostic et les outils/échelles des troubles psychiques de la personne âgée
- Une partie sur la prise en charge globale
- Une partie sur les perspectives d'amélioration

## **F) Méthode d'analyse statistique des données collectées :**

Pour la base de données, le logiciel Excel (Microsoft) a été utilisé.

L'analyse descriptive des données consistait à décrire la population de l'étude, l'analyse de l'objectif principal et l'analyse des objectifs secondaires.

Concernant les variables quantitatives pour les analyses descriptives, celles-ci ont été décrites sous forme de dérivations standards (DS) et de moyennes si la distribution était normale, et sous forme de médianes et intervalles interquartiles si la distribution était non normale.

Concernant les variables qualitatives descriptives, celles-ci ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Ensuite on a effectué une comparaison entre les médecins généralistes répondants qui suivaient les recommandations officielles et ceux ne les suivant pas.

Cette comparaison a été effectuée sur plusieurs variables :

- Les caractéristiques socio-démographiques
- L'existence d'une formation ou non en psychiatrie et en gériatrie
- L'utilisation ou non d'un outil ou échelle de diagnostique
- La stratégie de prise en charge adoptée, notamment les associations de plusieurs thérapeutiques.
- La durée des prescriptions
- La prise en charge de personnes âgées pendant l'épidémie de la Covid-19.

Concernant les analyses comparatives, les moyennes de deux groupes ont été comparées avec des tests non paramétriques de Wilcoxon et pour comparer deux proportions, des tests non paramétriques de Fisher ou de Chi-deux ont été utilisés, sachant que les deux groupes étaient inférieurs à 30 personnes dans notre étude.

### **G)Aspects légaux :**

Après avoir rempli l'algorithme de la loi Jardé/RGPD, aucune demande auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés n'était nécessaire.

En effet aucune donnée personnelle n'a été recueillie lors de notre étude, le questionnaire étant anonyme.

## III Résultats

### **A) Population des médecins contactés dans l'étude :**

#### **1) Nombre de sujet inclus :**

Deux cents médecins ont été tirés au sort. Parmi-eux, quarante-quatre professionnels n'étaient pas inclus pour les critères d'exclusion suivant :

- Pas de pratique de médecine générale libérale
- Pas d'adresse e-mail, ou pas de ligne téléphonique permettant de les joindre
- Deux médecins étaient décédés
- Trois étaient retraités
- Deux médecins étaient en arrêt maladie.

Le nombre de sujets inclus dans notre étude était de 156.

La figure 1 résume l'inclusion de notre population d'étude.



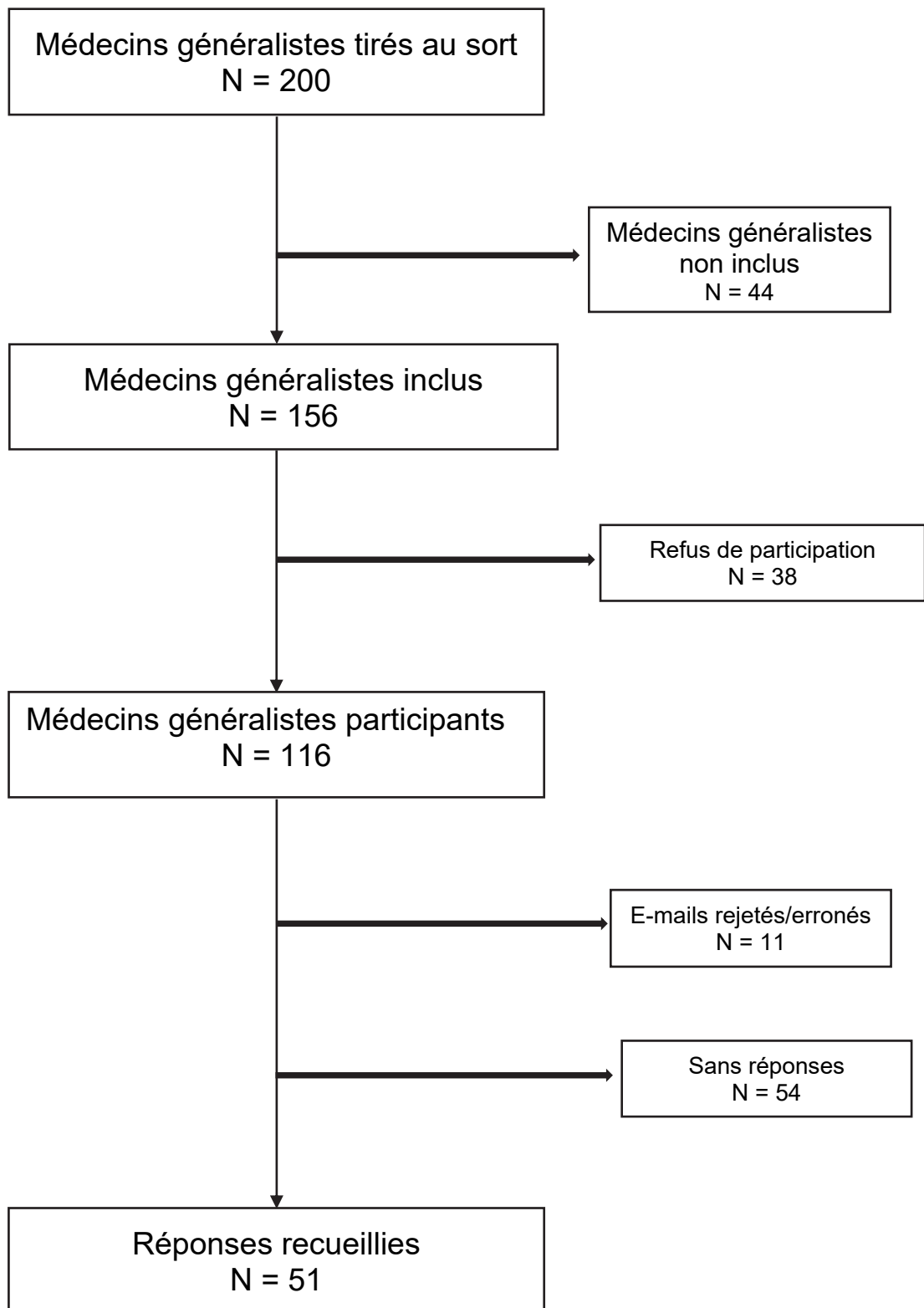


Figure 1 : Diagramme de flux représentant l'inclusion des médecins dans l'étude

Il y'a eu 38 refus de participation lors des appels téléphoniques.

Parmi les 116 médecins généralistes ayant accepté de me communiquer leur coordonnées e-mails, 54 n'ont pas répondu au questionnaire et 11 n'ont pas reçu le questionnaire pour cause d'adresse e-mail rejetée ou erronée.

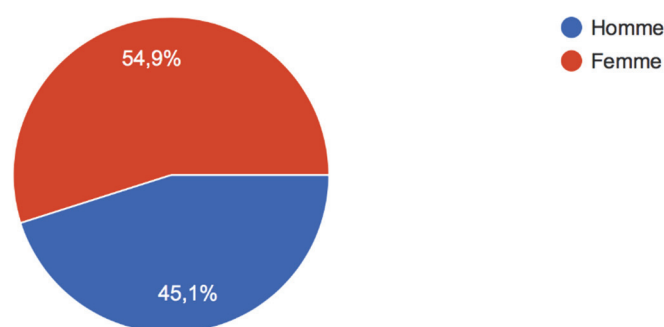
Le nombre de médecins généralistes ayant répondu au questionnaire était de 51, soit un taux total de réponse de 44%.

## **2) Refus de participation :**

Les raisons de refus de participation étaient multiples. Vingt-et-un médecins généralistes déclaraient ne pas avoir le temps de répondre au questionnaire. Sept secrétaires devaient demander l'accord préalable du médecin mais n'ont pas donné suite à ma demande. Dix médecins ont refusé de participer sans donner de motif.

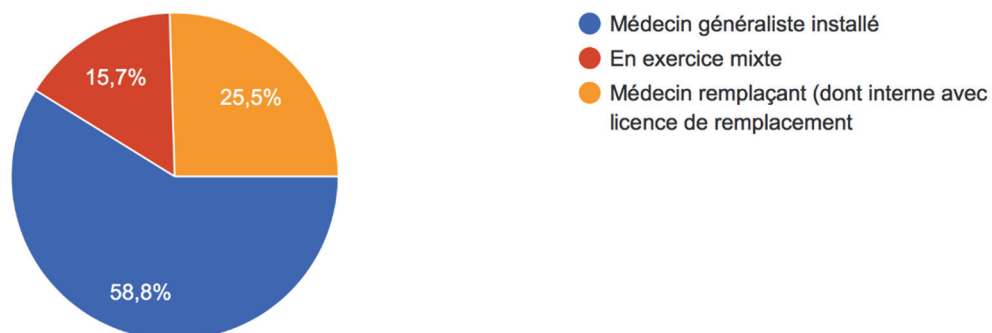
## **3) Critères socio-démographiques des médecins généralistes participants :**

Parmi les 51 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, la majorité était des femmes (54,9 %). Les hommes représentaient 45,1%.



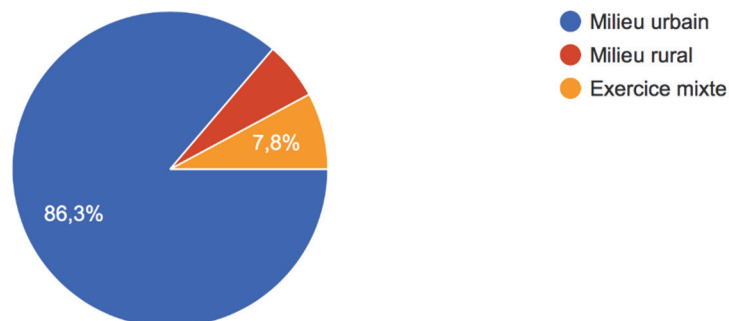
**Figure 2. Caractéristiques selon le sexe**

La majorité des médecins généralistes questionnés étaient installés (58,8%), 25,5% étaient des médecins remplaçants et 15,7% avaient une activité mixte.



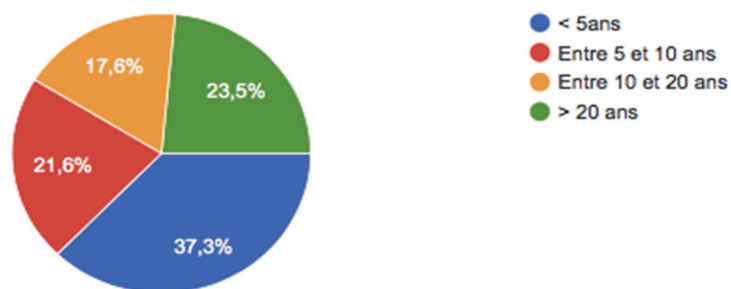
**Figure 3 : Caractéristique selon le type d'exercice**

La majorité des répondants (86,3%) travaillaient en milieu urbain et 5,9% uniquement en milieu rural.



**Figure 4 : Caractéristique selon le lieu d'exercice**

Concernant les années de passation de thèse, 19 d'entre eux (37,3%) avaient passé leur thèse lors des cinq dernières années, 12 médecins (23,5%) il y'a plus de vingt ans, 11 médecins répondants (21,6%) entre cinq et dix ans, et enfin 9 d'entre eux (17,6%) avaient soutenu leur thèse entre dix et vingt ans.



**Figure 5 : Caractéristique selon l'année de soutenance de thèse**

L'ensemble des caractéristiques de la population des répondants à l'étude est représenté dans le tableau 1.

**Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes**

	N	%
<b>Sexe</b>		
• Masculin	23	45,1
• Féminin	28	54,9
<b>Exercice</b>		
• Installé	30	58,8
• Remplaçant	13	25,5
• Mixte	8	15,7
<b>Lieu exercice</b>		
• Urbain	44	86,3
• Rural	3	5,9
• Mixte	4	7,8
<b>Année thèse</b>		
• < 5ans	19	37,3
• Entre 5 et 10 ans	11	21,6
• Entre 10 et 20 ans	9	17,6
• > 20 ans	12	23,5

#### 4) Formation en psychiatrie :

La majorité des répondants n'avaient pas de formation particulière en psychiatrie ou psychologie (90,2%).

Les formations éventuelles effectuées par les cinq médecins généralistes (9,8%) étaient essentiellement des diplômes universitaires, un stage pendant l'internat ou une activité hospitalière dans un service de psychiatrie dans le passé.

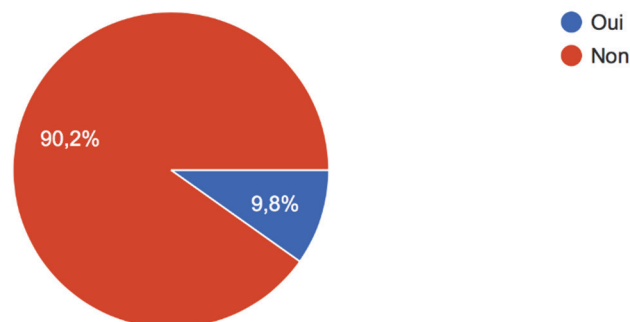


Figure 6 : Caractéristique selon la formation en psychiatrie ou psychologie

#### 5) Formation en gériatrie :

Concernant une formation particulière en gériatrie, 84,3% des participants n'en disposaient pas.

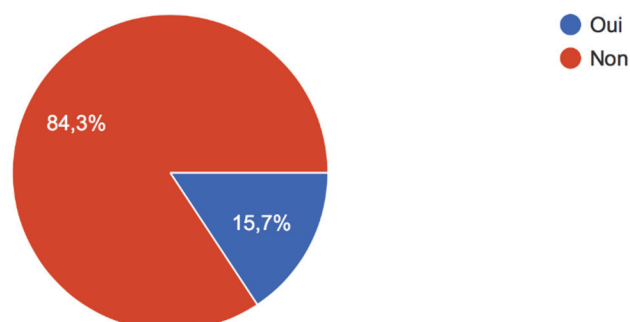
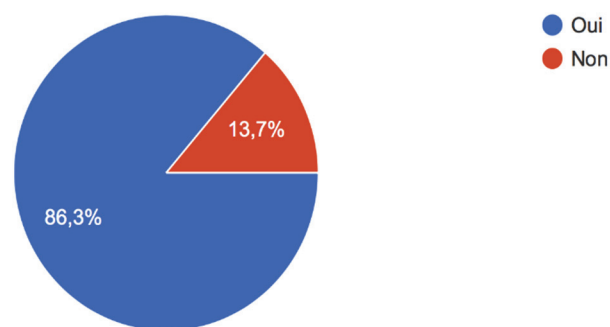


Figure 7 : Caractéristique selon la formation en gériatrie

## **B) Diagnostic des troubles psychiques du sujet âgé :**

### **1) Période de l'épidémie du Covid-19 :**

86,3% des répondants ont été amenés à prendre en charge des personnes âgées ayant présenté des troubles de la santé mentale durant la crise sanitaire du Covid-19.



**Figure 8 : PEC pendant la pandémie du Covid-19**

### **2) Signes cliniques orientant vers le diagnostic :**

La question consistait à choisir une cotation allant de 1 à 4 en sachant que 1 = aucune importance, 2 = peu important, 3 = important, 4 = extrêmement important, concernant les différents signes ou symptômes cliniques orientant les répondants vers un diagnostic de troubles psychiques d'un patient âgé.

Le signe clinique semblant être le plus important par les répondants était les pensées de mort ou idées suicidaires avec une moyenne de 3,78 (DS = 0,54).

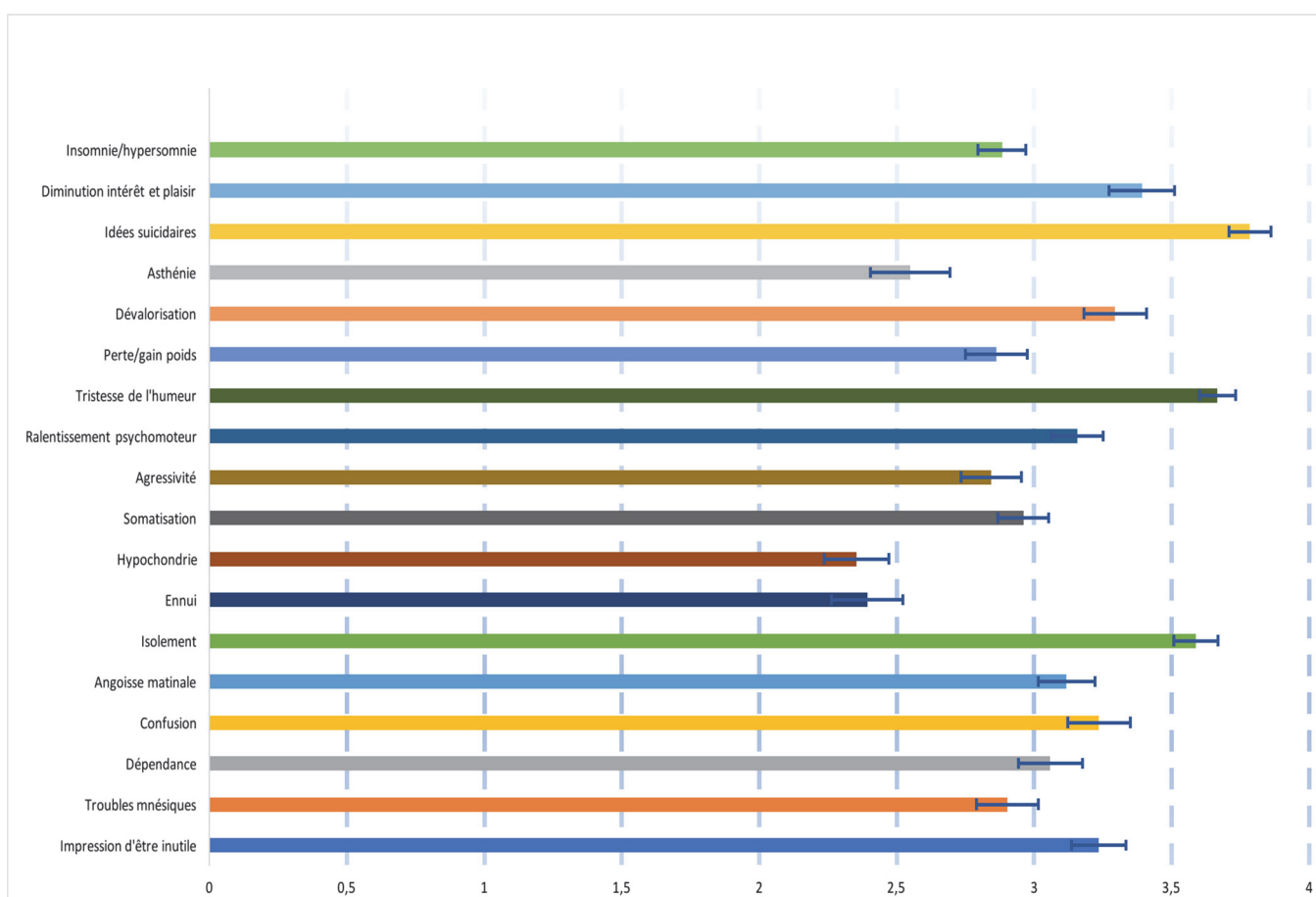
Le deuxième signe clinique jugé important par les médecins répondants était la tristesse de l'humeur avec une moyenne de réponse à 3,66 (DS = 0,47).

Ensuite, l'isolement apparaît également comme étant un signe important avec une moyenne de 3,59 (DS = 0,57) suivi de la diminution de l'intérêt ou du plaisir pour les activités avec une moyenne de 3,39 (DS = 0,85).

Le sentiment de dévalorisation, la confusion, l'impression d'être inutile, l'agitation ou ralentissement psychomoteur et les angoisses matinales arrivaient ensuite avec des moyennes respectives à 3,29 (DS = 0,80), 3,23 (DS = 0,81), 3,23 (DS = 0,7), 3,15 (DS = 0,67) et 3,11 (DS = 0,73).

La dépendance, la somatisation, les troubles mnésiques allégués, l'insomnie ou hypersomnie, une perte ou gain de poids et l'agressivité apparaissaient comme les signes les moins retenus par les médecins généralistes de l'étude avec des moyennes respectives à 3,05 (DS = 0,83), 2,96 (DS = 0,66), 2,9 (DS = 0,8), 2,88 (DS = 0,62), 2,86 (DS = 0,80) et 2,84 (DS = 0,78).

Enfin, les autres signes cliniques comme l'ennui, l'hypochondrie ou une asthénie avaient une importance variable selon les répondants.

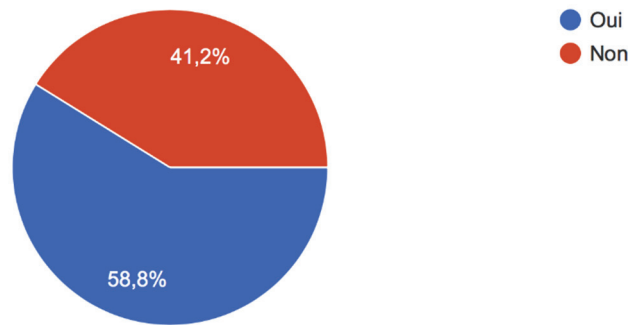


**Figure 9 : Signes orientant vers le diagnostic**

### 3) Outils/échelles utilisées en ambulatoire :

La plupart des médecins généralistes interrogés déclaraient utiliser des outils ou des échelles d'aide au diagnostic lors de leur consultation (58,8%).

41,2% des médecins généralistes interrogés n'utilisaient pas d'outils d'aide au diagnostic.

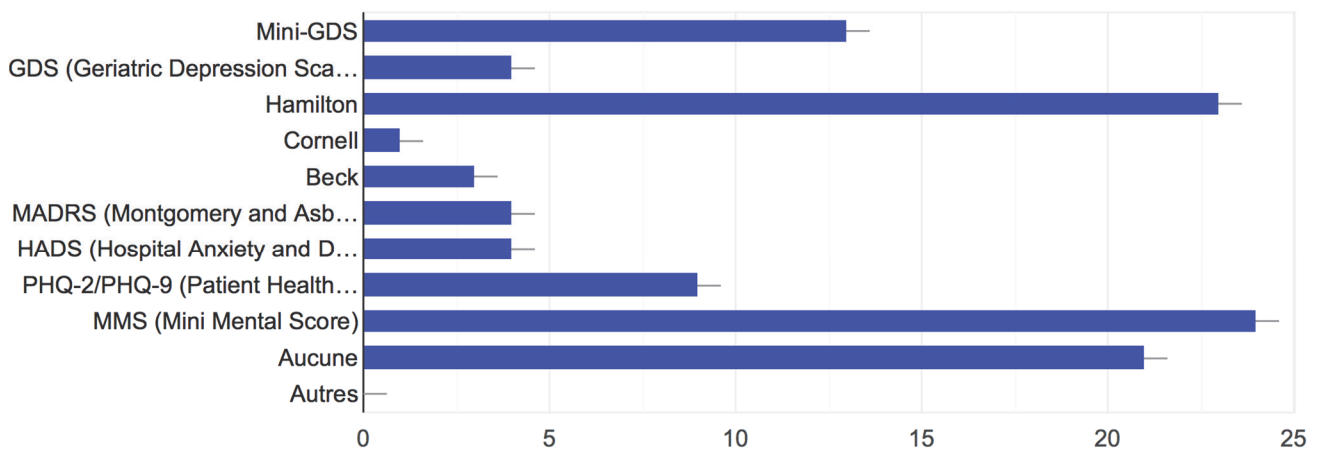


**Figure 10 : L'utilisation d'outils ou d'échelles d'aide au diagnostic**

L'échelle la plus utilisée par les répondants était le MMS (47,1%) suivie par l'échelle Hamilton (HDRS) (45,1%).

Le Mini-GDS était utilisé chez 25,5% des répondants, tandis que PHQ-2/PHQ-9, l'échelle MADRS et le questionnaire HADS étaient utilisés respectivement par 17,6%, 7,8% et 7,8% d'entre eux.

5,9% des répondants utilisaient l'échelle Beck et uniquement 1% d'entre eux s'aidaient de l'échelle Cornell.



**Figure 11 : Outils/échelles utilisés**



## **C) Thérapeutiques médicamenteuses :**

### **1) Classes des médicaments introduits :**

#### **a. Traitement par antidépresseur :**

La classe médicamenteuse la plus fréquemment utilisée par les répondants était les ISRS (84,3%).

La Miansérine et la Mirtazapine étaient également prescrits avec une proportion respective de 37,3% et 51%. Les IRSNa étaient moins prescrits par les répondants de l'étude (31,4%).

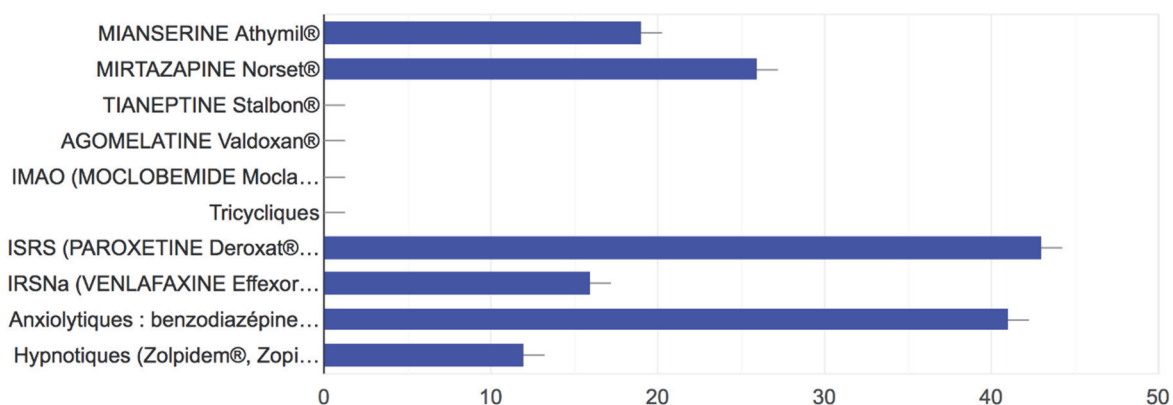
Enfin les tricycliques, la Tianeptine, l'Agomélatine et les IMAO n'étaient jamais utilisés en première intention avec 0% de réponses pour toutes ces classes.

#### **b. Traitement par anxiolytique :**

Les anxiolytiques dont les Benzodiazépines étaient la deuxième classe médicamenteuse la plus prescrites (80,4%) après les ISRS.

#### **c. Traitement par hypnotique :**

Les hypnotiques étaient utilisés par uniquement 23,5% des médecins de l'étude.



**Figure 12 : Classes médicamenteuses introduites**

Une question ouverte avec une réponse courte avait été proposé aux médecins répondants à l'étude concernant les autres thérapeutiques médicamenteuses utilisées non présentes dans les propositions du questionnaire. Quatre médecins ont répondu qu'ils utilisaient la Buspirone à visée anxiolytique, deux médecins utilisaient le Stresam et un médecin utilisaient la mélatonine pour le trouble du sommeil.

## 2) Stratégies de prise en charge globale médicamenteuse :

La plupart des médecins utilisaient l'association d'une antidépresseur et d'un anxiolytique (72,5%).

Seulement 3,9% des répondants associaient un antidépresseur avec un hypnotique et la triade antidépresseur, hypnotique et anxiolytique.

L'association la moins utilisée était un anxiolytique avec un hypnotique (2%).

Les antidépresseurs seuls étaient la deuxième stratégie adoptée par 47,1% des répondants.

Les anxiolytiques seuls étaient utilisés par 35,3% des médecins et uniquement 3,9% d'entre eux privilégiaient les hypnotiques seuls.

Aucun répondant n'utilisait l'association de plusieurs anxiolytiques ou hypnotiques.

Seuls 2,6% en revanche des médecins associaient plusieurs antidépresseurs.

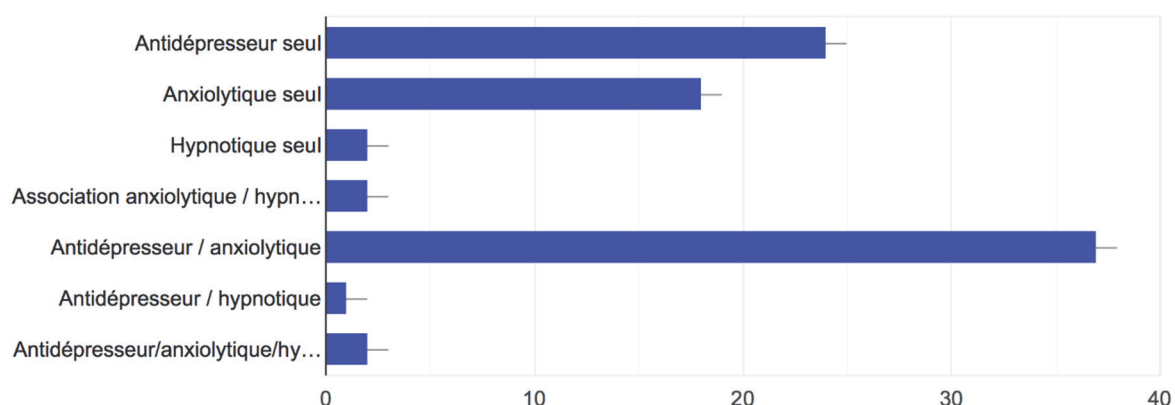


Figure 13 : Stratégie de PEC médicamenteuse

### 3) Durée des prescriptions :

#### a. Durée de traitement par antidépresseur :

Le traitement par antidépresseur était introduit pour une durée de 6 à 12 mois par 59,3% des médecins généralistes de l'étude.

22,2% des répondants limitaient la prescription des antidépresseurs entre 3 et 6 mois.

14,8% des prescripteurs maintenaient cette prescription entre 12 et 24 mois.

Seulement 3,7% d'entre eux prescrivaient les antidépresseurs pour une durée inférieure à 3 mois.

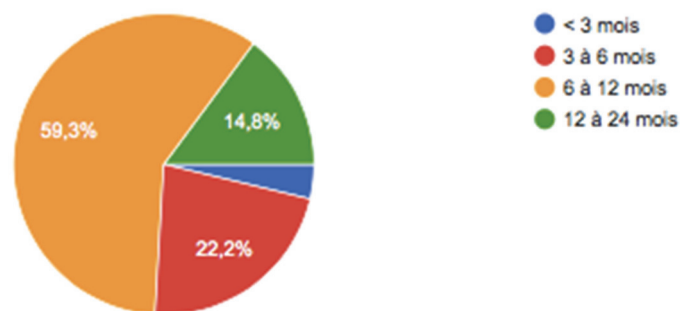


Figure 14 : Durée de prescription des antidépresseurs

#### b. Durée de traitement par Benzodiazépine :

La majorité des médecins répondants prescrivaient les BDZ sur une durée inférieure à un mois (44,4%).

37% d'entre eux prolongeaient cette prescription entre 1 à 3 mois.

7,4% des répondants prescrivaient les Benzodiazépines pour une durée comprise entre 3 et 6 mois.

Enfin, une durée supérieure à 6 mois était pratiquée par 11,1% des répondants à l'étude.

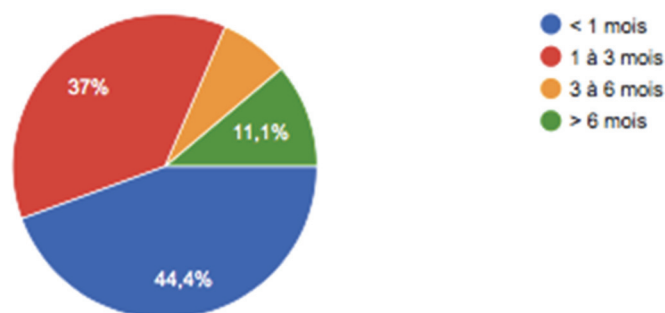


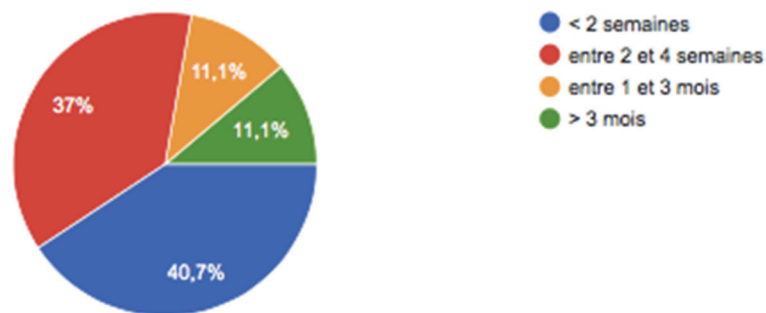
Figure 15 : Durée de prescription des Benzodiazépines

**c. Durée de traitement par hypnotiques :**

La plupart des médecins généralistes questionnées prescrivait les hypnotiques pour une durée inférieure à deux semaines (40,4%).

37% d'entre eux les introduisaient pour une durée entre 2 et 4 semaines.

Enfin, une prescription d'hypnotiques de 1 à 3 mois ou supérieure à 3 mois étaient effectuées par 11,1% pour les deux tranches de durée.



**Figure 16 : Durée de prescription des hypnotiques**

#### **4) Autres thérapeutiques non médicamenteuses :**

Cette question comportait plusieurs items sur d'autres thérapeutiques avec un item « autre » puis une réponse libre à courte réponse.

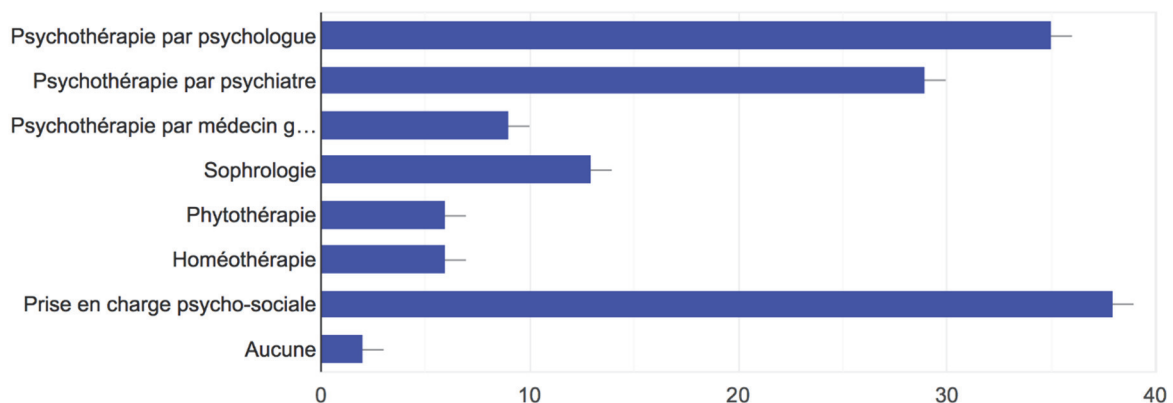
La psychothérapie effectuée par un psychologue était proposée par 68,6% des répondants (N = 35). La psychothérapie réalisée par un psychiatre était préconisée par 56,9% des médecins répondants (N = 29) et uniquement 17,6% (N = 9) était effectuée par eux-mêmes.

Une prise en charge psychosociale montrait un rôle important dans la prise en charge des troubles psychiques et psychologiques du sujet âgé pour les médecins généralistes puisqu'elle était préconisée dans 74,5% des cas (N = 38).

Concernant les thérapeutiques telles que la Sophrologie ou l'acuponcture, elles étaient effectuées par 25,5% des médecins répondants (N = 13).

La Phytothérapie et l'Homéopathie étaient toutes les deux privilégiées dans 11,8% (N = 6).

Enfin, 3,9% des médecins généralistes de l'étude n'utilisaient aucune thérapeutique non médicamenteuse (N = 2).



**Figure 17 : Autres thérapeutiques utilisées**

Les propositions à réponse courte sur les autres thérapeutiques utilisées non présentes dans la liste d'items proposés étaient : la pratique d'une activité sportive pour deux répondants, la kinésithérapie pour un répondant, la pratique de l'hypnothérapie pour l'un d'entre eux, la participation à une association pour un répondant et enfin l'intervention d'un service EMPPA (Equipe Mobile Psychiatrie Personnes Agées) proposé par un des médecins généralistes.

## D) Orientation du patient :

### 1) Orientation vers un service spécialisé (urgences ou service hospitalier) :

Concernant cette question, les répondants avaient le choix entre quatre cotations de 1 à 4 pour chaque item (1= jamais, 2= des fois, 3= souvent, 4= toujours).

Il s'agissait de déterminer les critères d'orientation retenus par les médecins répondants vers un service spécialisé : les urgences ou hospitalisation en service de psychiatrie.

Le risque suicidaire représentait le critère d'orientation majoritaire vers un service spécialisé avec une moyenne de 3,88, DS = 0,38.

Ensuite, en deuxième position on retrouvait le souhait du patient lui-même comme critère d'orientation vers un service spécialisé avec une moyenne de 3,21, DS = 0,83.

La présence de comorbidités importantes était également un critère important selon les médecins répondants pour une orientation vers un service d'urgence ou d'hospitalisation avec une moyenne de 3,11 et DS = 0,71.

Enfin un contexte familiale défavorable (moyenne 2,49 DS 0,58), le souhait de l'entourage (moyenne 2,37 DS 0,53), un doute diagnostic (moyenne 2,49 DS 0,7), un défaut d'observance (moyenne 2,49 DS 0,73) et les complications liées au traitement (moyenne 2,80 DS 0,72) étaient des critères moins souvent retenus par les médecins généralistes comme motifs d'orientation vers un service spécialisé.

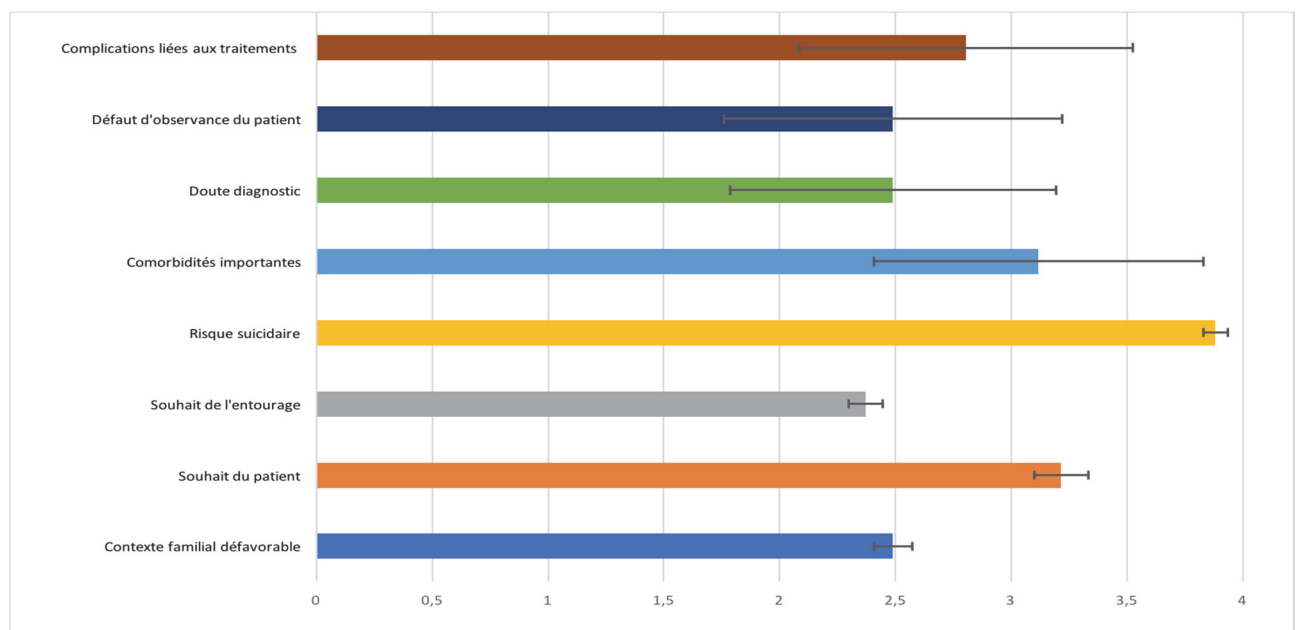


Figure 18 : Orientation vers un service spécialisé (urgences ou hospitalisation)

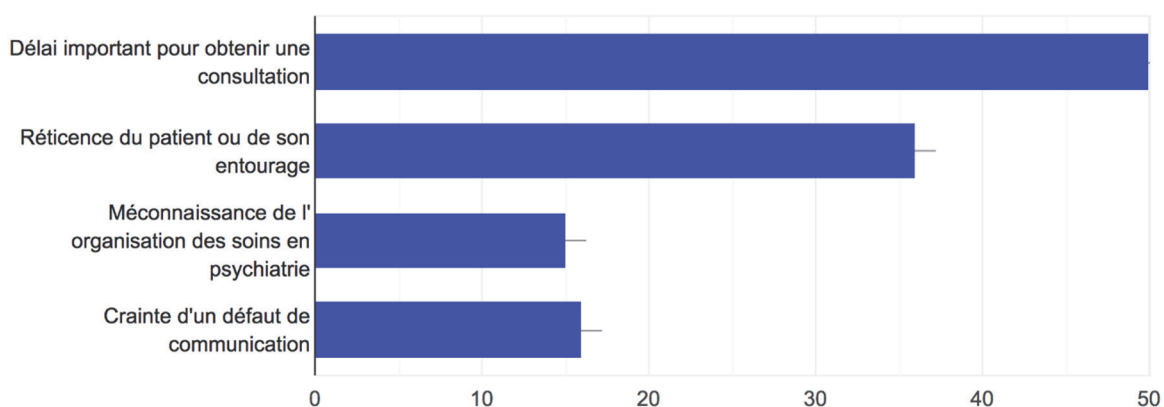
## **2) Freins à l'orientation vers un spécialiste :**

Cette question a pour objectif de déterminer les obstacles à l'orientation vers un spécialiste notamment un psychiatre.

98% des médecins généralistes répondants estimaient que le délai important pour obtenir une consultation était le frein majoritaire (N = 50).

La réticence du patient ou de son entourage à consulter un psychiatre était le deuxième frein rencontré en consultation (70,6%, N = 36).

Enfin, la crainte d'un défaut de communication entre le médecin généraliste et le spécialiste ainsi que la méconnaissance de l'organisation des soins en psychiatrie étaient des obstacles moins rencontrés avec respectivement 31,4% (N = 16) et 29,4% (N = 15).



**Figure 19 : Freins à l'orientation vers un spécialiste**

Une question à réponse courte avait été proposée aux répondants sur d'autres éventuels obstacles rencontrés par les médecins généralistes en ambulatoire.

Plusieurs médecins généralistes rapportaient le fait que les psychiatres ne prenaient plus de nouveaux patients pendant l'épidémie de la Covid-19, certains d'entre eux évoquaient le manque de psychiatre et le manque de lit d'hospitalisation durant la crise sanitaire, trois des répondants signalaient le manque de formation en psychiatrie, plusieurs médecins signalaient l'inobservance du patient dans ce contexte de crise sanitaire par peur d'être contaminé par la maladie et enfin un des répondants rapportait le manque d'autonomie par le patient pour la prise de RDV.

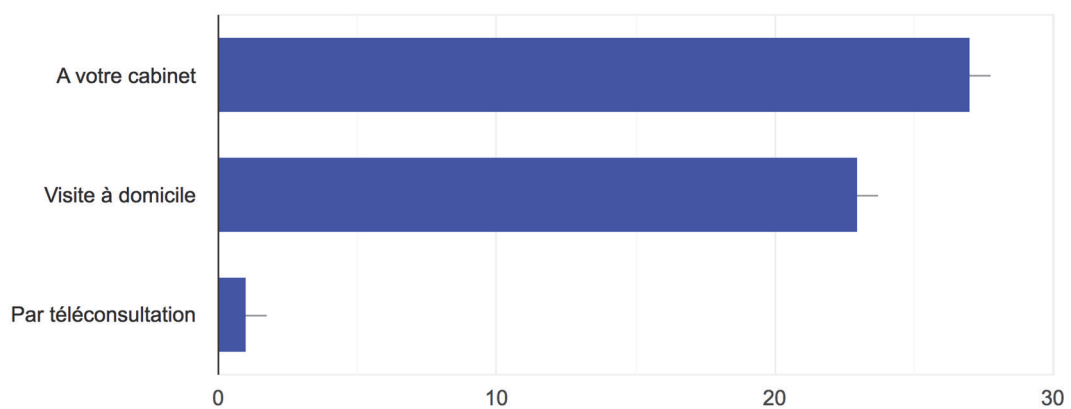
## **E) Type de consultation pendant la crise Covid-19 :**

Cette question permettait de décrire le type de consultation de suivi préconisé par les médecins généralistes en leur rappelant le contexte de pandémie de Covid-19.

52,9% des médecins répondants effectuaient les consultations de suivi au cabinet en présentiel (N = 27).

45,1% des médecins effectuaient plutôt des visites à domicile (N = 23).

Enfin, très peu de médecins généralistes avaient recours à la téléconsultation (2%, N = 1).



**Figure 20 : Type de consultation de suivi pendant l'épidémie Covid-19**



## F) Amélioration de la prise en charge :

### 1) Les obstacles rencontrés en ambulatoire lors de la prise en charge :

Cette question proposait aux répondants le choix entre quatre cotations (de 1 à 4, 1= aucune importance, 2= peu important, 3= important, 4= extrêmement important) pour plusieurs items.

Le manque de temps au cours de la consultation et le non remboursement de la prise en charge par un psychologue étaient les obstacles majoritaires rencontrés par les médecins généralistes répondants avec une moyenne respective de 3,15 (DS = 0,94) et 3,15 (DS = 0,90).

Le manque de formation pratique ou théorique en psychiatrie était également considéré comme un frein important dans la prise en charge par les répondants avec une moyenne de 2,72 (DS = 1).

Ensuite, on remarquait que le manque de suivi du patient revenait souvent dans les réponses des médecins généralistes avec une moyenne de 2,70 (DS =1).

Enfin, les difficultés de dépistage (moyenne = 2,37, DS = 0,79), le manque de coordination entre médecin généraliste et psychiatre (moyenne = 2,58, DS = 0.92) et la méconnaissance de l'organisation des soins en psychiatrie (moyenne = 1,78 DS = 0,87) étaient des freins moins relevés par les répondants.

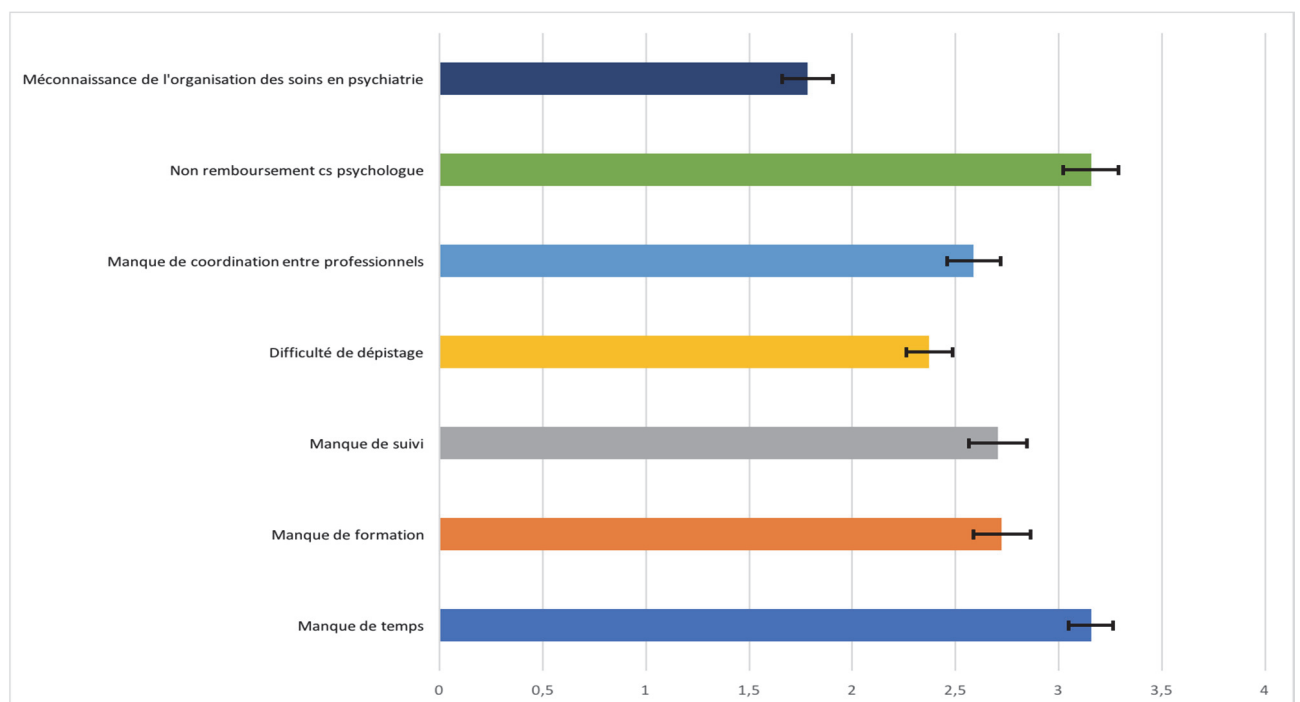


Figure 21 : Obstacles en pratique quotidienne

Une question à courte réponse avait été proposée pour laisser les répondants ajouter des éventuels obstacles rencontrés lors de la prise en charge.

Plusieurs médecins généralistes rapportaient la peur du patient de se déplacer par peur d'être contaminé par le Covid-19, deux d'entre eux indiquaient l'absence du soutien de l'entourage par peur de contaminer leurs aînés, un des médecins insistait sur la difficulté de prise en charge en ambulatoire des comorbidités addictologiques, plusieurs soulignaient l'absence de visite à domicile faite par un psychiatre et enfin un médecin rapportait la difficulté de l'utilisation de la téléconsultation pour cette tranche d'âge, moins habiles avec les outils informatiques.

## **2) Perspectives d'amélioration recensées :**

Dans cette question plusieurs perspectives d'amélioration étaient proposées avec une question ouverte à courte réponse possible.

La création d'un protocole de prise en charge pluriprofessionnelle semblait être une perspective d'amélioration pour 74,5% des médecins répondants à l'étude (N = 38).

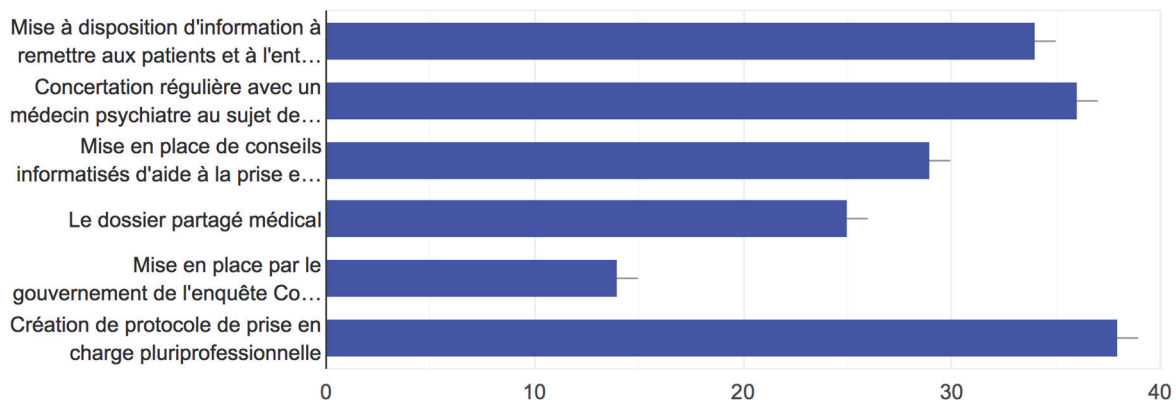
Une concertation régulière avec un médecin psychiatre au sujet de cas difficile était également une solution possible pour 70,6% des répondants (N = 36).

La mise à disposition d'information à remettre au patient et son entourage était souhaitée par 66,7% des médecins (N = 34).

La mise en place de conseils ou fiches informatisées d'aide à la prise en charge était une possibilité envisageable par 56,9% des médecins généralistes de l'étude (N= 29).

Le dossier médical partagé était une perspective d'amélioration pour des répondants 49% (N = 25).

Enfin, la mise en place par le gouvernement de l'enquête CoviPrev permettant la mise à jour régulière de la santé mentale pendant l'épidémie du Covid-19 et toutes les mesures mises en place par le gouvernement à ce sujet n'étaient une perspective d'amélioration que pour 27,5% des médecins répondants (N =14).



**Figure 22 : Perspectives d'amélioration**

Plusieurs propositions d'amélioration étaient proposées par 19,61% des médecins généralistes répondants (N = 10), telles que la mise en place d'une équipe de gérontopsychiatrie, la mise en place d'une équipe mobile, la mise en place de téléconsultation surtout pour le suivi et éviter l'inobservance liée au déplacement par peur d'une infection par la Covid et enfin plusieurs médecins (N = 4) proposaient la mise en place de nursing par appels téléphoniques réguliers par le médecin généraliste lui-même ou par un IDE.

## **G) Comparaison entre les médecins suivant les recommandations ou non :**

### **1) Effectif global des deux groupes :**

Les professionnels suivant les recommandations respectent les critères suivants :

- La prescription d'ISRS, IRSNa, Mirtazapine ou Miansérine.
- Une durée de prescription des ATD de 6 à 12 mois.
- La prescription d'une psychothérapie, par un psychiatre, un psychologue ou le médecin généraliste lui-même.

Les recommandations étaient suivies par 22 médecins généralistes répondants soit 43,1% contre 29 soit 56,8%.

## **2) Comparaison des deux groupes selon le sexe :**

Les femmes représentaient 63,6% des médecins répondants suivant les recommandations (N = 14) et les hommes 36,3% (N = 8). 65,5% des femmes et 34,5% des hommes ne suivaient pas les recommandations.

Cette comparaison ne retrouvait pas de différence significative ( $p = 0,608$ )

## **3) Comparaison des deux groupes selon le type d'exercice :**

Les médecins de l'étude suivant les recommandations étaient dans 54,5% installés (N = 12) et 45,4% des installées ne suivant pas les recommandations. Cette comparaison retrouvait une différence significative avec  $p = 0,004$ .

## **4) Comparaison des deux groupes selon le nombre d'année d'exercice :**

Les médecins répondants qui suivaient les recommandations avaient une durée d'exercice moyenne de 10 années depuis le début de leur exercice, tandis que les médecins répondants ne suivant pas les recommandations avaient une moyenne de 19,3 années d'expérience. Cette comparaison montrait une différence significative ( $p = 0,002$ ).

## **5) Comparaison des deux groupes selon l'existence d'une formation en psychiatrie ou en gériatrie :**

La majorité des médecins généralistes répondants n'avaient pas de formation en psychiatrie ou gériatrie, qu'ils s'agissent du groupe suivant les recommandations et celui ne les suivant pas. Ces comparaisons n'étaient pas significatives ( $p = 1,000$  dans les deux cas).

## **6) Comparaison selon l'utilisation outils/échelles de diagnostic :**

Les échelles ou outils de diagnostic étaient utilisés par 63,6% des répondants qui suivaient les recommandations (N = 14) et 41,3% des praticiens ne suivant pas les recommandations (N = 12).

Cette comparaison n'était pas significative avec  $p = 0,100$ .

### **7) Comparaison selon la stratégie de traitement adoptée :**

Il n'y avait pas de différence significative concernant les deux groupes avec  $p = 1,000$ .

### **8) Comparaison selon la durée de prescription des Benzodiazépines :**

Les praticiens qui suivaient les recommandations étaient 72,7% (N = 16) à prescrire des Benzodiazépines sur une durée inférieure à un mois et 27,3% (N = 6) à les prescrire sur une durée de 1 à 3 mois. Aucun médecin suivant les recommandations ne prescrivait des Benzodiazépines sur une durée supérieure à trois mois.

Parmi les répondants du groupe ne suivant pas les recommandations, 37,9% (N = 11) prescrivait les Benzodiazépines sur une durée inférieure à un mois, 48,2% (N = 14) sur une durée entre un et trois mois et enfin 6,9% (N = 2) sur une durée entre 3 et 6 mois ou supérieure à six mois.

Cette comparaison retrouvait une différence significative avec  $p = 0,047$ .

### **9) Comparaison selon la durée de prescription des hypnotiques**

Il n'y avait pas de différence significative lors de la comparaison des deux groupes ( $p = 0,869$ ).

### **10) Comparaison selon la prise en charge de sujet âgé pendant l'épidémie Covid :**

Cette comparaison entre les deux groupes ne montrait pas de résultats significatifs avec  $p = 0,860$ .

## IV Discussion

L'objectif principal de notre étude était de décrire les pratiques des médecins généralistes en ambulatoire concernant la prise en charge des pathologies psychiques durant l'épidémie du Covid-19.

### **A) Les limites de l'étude :**

#### **1) Caractéristiques de la population générale :**

Tout d'abord notre étude a été limitée par le nombre de refus de participation qui était de 38 médecins soit 24,4% des praticiens contactés.

L'étude a également été limitée par le nombre de non-répondants malgré les quatre relances qui était de 54 soit un taux de 46,5%, réduisant ainsi la taille de l'échantillon à 51 réponses pour un nombre total de 116 médecins ayant accepté de participer initialement à l'étude.

Enfin, notre échantillon était réalisé à partir de médecins généralistes d'un seul département, les Bouches-du-Rhône, ce qui limitait la représentativité des médecins généralistes de toute la France.

#### **2) Biais de sélection :**

L'échantillonnage de l'étude a été effectué à partir d'un tirage au sort, évitant ainsi certains biais de sélection.

#### **3) Biais de déclaration :**

Il existe dans la littérature plusieurs hypothèses concernant le sentiment d'anonymat, qui reste difficile à évaluer dans notre étude.

La première hypothèse est qu'un questionnaire en ligne procure chez certains répondants un sentiment d'anonymat et favorise dans ce sens des réponses sincères, réduisant les biais de désirabilité sociale (101).

La deuxième hypothèse est qu'un questionnaire en ligne réduit à l'inverse ce sentiment d'anonymat par la peur de voir leurs réponses stockées dans des bases de données

ou par la crainte d'être identifié par une signature numérique (e-mail dans notre étude) (102).

Donc des biais de déclaration et notamment de désirabilité sociale ne peuvent être exclus.

#### **4) Biais d'information :**

Il existe un risque de biais d'information engendré par la méthode de notre étude.

En respectant l'anonymat des médecins généralistes répondants, le nombre de réponse pour chaque participant ne pouvait pas être limité à une réponse.

Pour contrecarrer cette tendance, une signature numérique aurait été nécessaire mais aurait rendu impossible le maintien de l'anonymat des réponses au questionnaire.

### **B) Principaux résultats :**

#### **1) Les formations en psychiatrie et en gériatrie :**

90,2% et 84,3% des médecins répondants à notre étude n'étaient pas formés en psychiatrie ou en gériatrie, ou l'étaient peu.

Concernant par exemple la formation en psychiatrie, celle-ci est souvent enseignée au cours du deuxième cycle des études médicales, ce qui pourrait expliquer cette majorité de réponses.

Selon une enquête nationale réalisée en 2018 sur la formation des internes en médecine générale, le volume horaire moyen était de 10,6 heures sur les trois années d'internat. Elle révélait également que pour 80% des départements de médecine générale, les principaux enseignants étaient des médecins généralistes (103).

Une thèse publiée en 2021 montrait que 94,5% des internes en médecine générale étaient soucieux d'avoir une formation à la psychiatrie de la personne âgée (104).

## **2) Diagnostic des troubles psychiques de la personne âgée :**

### **a. Signes cliniques orientant vers le diagnostic :**

Selon la DSM-5, les deux critères nécessaires au diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé sont l'humeur dépressive et la réduction de l'intérêt ou du plaisir, ce qui ressortaient dans les réponses des médecins de l'étude comme étant « très important ».

Les autres signes jugés « important » par les répondants étaient également présents dans les critères du DSM-5.

Par ailleurs, le signe « isolement » qui ne fait pas partie des critères diagnostiques du DSM-5 a été évalué par les répondants de notre étude comme étant un signe « très important ».

Cependant, ces critères ne semblent pas suffisamment sensibles et spécifiques à la personne âgée et leurs pertinences restent discutables en gériatrie.

Les signes comme la dépendance, les plaintes somatiques, les troubles mnésiques allégués, l'insomnie, la perte ou le gain de poids et l'agressivité étaient considérés comme moins importants par les médecins répondants à notre étude, bien que pourtant fréquents dans les troubles psychiques et psychologiques de la personne âgée.

L'une des hypothèses pourrait être que la réflexion du praticien peut être troublée par sa propre conception du vieillissement. La vieillesse renvoie par exemple à l'image d'un déclin physique et social, conduisant de plus en plus à une confusion et à un état de dépendance (105).

Enfin, certains signes cliniques de ces troubles de la santé mentale des personnes âgées, ne faisant pas encore parties des critères diagnostiques des classifications officielles, comme l'isolement, peuvent très probablement être expliqués par la situation d'une période de pandémie mondiale.

Rappelons que dans notre étude 86,3% des répondants déclaraient avoir pris en charge des personnes âgées pour des troubles psychiques pendant cette période de pandémie.



## **b. Outils et échelles de diagnostics utilisés :**

La majorité des médecins généralistes de notre étude utilisaient des échelles d'aide aux diagnostics en ambulatoire (58,8%).

En premier, on notait l'utilisation de l'échelle Hamilton (HDRS) par 45% des répondants. L'échelle Hamilton est sans doute la plus connue des échelles psychiatriques de la dépression. Une étude nationale de 2012 sur la perception des scores cliniques et leur justification d'utilisation, a retrouvé une fréquence d'utilisation importante par 65% des 358 médecins généralistes connaissant l'échelle (107).

Une thèse parue en 2017 faisant l'état des lieux des connaissances de cette échelle auprès de médecins généralistes 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. Sa présence dans les logiciels médicaux sous forme informatisée semblait être un élément facilitateur de sa réalisation pour ceux l'utilisant (108).

Rappelons également que 41,2% des répondants n'utilisaient pas d'outils ou d'échelles d'aide au diagnostic.

Selon une étude qualitative réalisée en 2014 dans le Finistère portant sur les obstacles rencontrés par les médecins généralistes à l'utilisation d'outils d'aide au diagnostic, la méconnaissance ou une connaissance partielle de l'outil était le premier frein rencontré. Cette étude a également montré que le patient pouvait avoir une vision négative de l'utilisation des échelles par un ressenti de pression des questions sur lui (109).

Selon une enquête de l'URCAM publiée en 2005, 50% des MG avouaient ne pas connaître suffisamment les outils et échelles et même si ces outils étaient considérés comme utiles par 80% d'entre eux, uniquement 19,8% les utilisaient en pratique.

On peut également soulever le problème de la longueur de certaines échelles comme étant un élément en sa défaveur.

L'assurance maladie a mis en place une cotation spécifique dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). Elle est limitée à une fois par an et concerne les échelles MADRS, HDRS et BDI (109).

Mais les avis concernant sa cotation en ambulatoire 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 (107).

### **3) Gravité des troubles :**

Le signe de gravité majoritaire au niveau des réponses des médecins de l'étude était les idées suicidaires.

Or, bien que ce signe reste primordial à rechercher chez le sujet âgé présentant un trouble psychique ou psychologique, le taux de suicide dans cette tranche d'âge reste pourtant élevé.

On pourrait l'expliquer par la difficulté à poser le diagnostic de pathologies psychiques tout d'abord, le manque de suivi majoré par le contexte de pandémie et la difficulté d'évaluer ce risque pour les médecins généralistes qui n'ont pas bénéficié de formation en psychiatrie pour la majorité.

Différentes échelles ont été conçues pour faciliter l'évaluation du risque suicidaire. On peut citer l'échelle de Beck, qui comprend vingt items, ayant une bonne sensibilité et étant la plus répandue.

Mais l'utilisation de ce genre d'échelles lors d'une consultation de médecine générale paraît peu adaptée compte tenu du temps nécessaire pour les remplir et il est conseillé d'avoir suivi une formation au préalable sur leur utilisation, ce qui pourrait expliquer le taux de réponse dans notre étude de son utilisation (0%) (110).

La méthode RUD (Risque Urgence Dangersité) est un modèle utilisable en médecine générale pour évaluer le potentiel suicidaire et jugée comme une méthode plus facile d'utilisation. Il comporte 3 principaux axes : la recherche de facteurs de risque, la recherche d'idées suicidaires, un scénario suicidaire et son éventuelle planification et enfin la recherche de l'accessibilité de cet acte et la létalité du moyen envisagé. Cet outil nous permet de classer le risque suicidaire comme faible, moyen ou élevé (111).

#### **4) Prise en charge thérapeutique :**

##### **a. Classes médicamenteuses initiées :**

Les réponses des médecins généralistes répondants à notre étude concernant le choix de l'antidépresseur chez les sujets âgés étaient en accord avec les recommandations officielles de la HAS.

Les ISRS et Mirtazapine étaient les deux antidépresseurs en tête des antidépresseurs prescrits en première intention. La Miansérine et les IRSNa ont également été utilisés mais d'une manière moindre que les premiers cités. Quant aux autres antidépresseurs (IMAO, tricycliques, Agomélatine et le Tianeptine), ils étaient rarement voire jamais choisis par les participants.

Ces résultats étaient comparables aux données d'une thèse réalisée en 2020 à Lille (112) et à une étude française réalisée en 2003 portant sur la population générale (113).

Les anxiolytiques (BZD) étaient la deuxième classe médicamenteuse la plus choisie après les ISRS dans notre étude. Ils étaient prescrits seuls par 35,5% des répondants. La prescription d'hypnotiques seuls était rare par les répondants, uniquement 2%.

Selon les recommandations de la HAS, les prescriptions d'un anxiolytique ou hypnotique seul ne sont pas recommandés dans le traitement d'un épisode dépressif caractérisé. On privilégiera plutôt l'introduction d'un antidépresseur à effet anxiolytique ou hypnotique pour limiter le risque iatrogénique tout en étant efficace (59).

##### **b. Associations des traitements :**

L'association d'un antidépresseur et d'un anxiolytique était le premier choix de 72,5% des participants à notre étude. Cependant, en début de traitement, cette association n'était pas systématique. Une étude de 2019 réalisée à Marseille sur les déterminants de la co-prescription antidépresseur/anxiolytique en médecine générale montrait que les médecins généralistes semblaient réaliser cette association afin de limiter les insomnies et les réactions anxieuses voire les risques suicidaires lors de l'initiation du traitement antidépresseur (114). *Herique A et al* retrouvaient des résultats similaires dans leur étude avec 62% de co-prescriptions antidépresseur/Benzodiazépine pour des patients ayant exprimés des idées suicidaires (115).

Ainsi, la coexistence d'un trouble anxieux fréquent avec la dépression pourrait expliquer en partie cette association (116).

Il n'est pas systématique d'associer un antidépresseur avec une BZD mais la co-prescription d'un ATD avec un anxiolytique ou un hypnotique reste relativement fréquente en pratique. Une revue de la littérature publiée en 2019 soulignait qu'un traitement par antidépresseur associé à une BZD était plus efficace qu'un antidépresseur seul dans la phase précoce du traitement mais ces effets n'étaient pas maintenus au long court (117).

Rappelons que la HAS recommande cette co-prescription en présence d'agitation, d'insomnies invalidantes ou d'anxiété pour une durée limitée et à condition que le rapport bénéfice/risque soit favorable (118).

### **c. Durées des prescriptions :**

Les antidépresseurs étaient prescrits par la majorité des répondants (59,3%) pour une durée entre 6 et 12 mois. Cette durée correspond aux recommandations actuelles.

On remarque par ailleurs un taux important de médecins participants à l'étude qui prescrivaient les antidépresseurs pour une durée inférieure à 6 mois, 26%.

L'observatoire du médicament l'URCAM avait mis en évidence une fréquence importante de prescription d'une durée courtes des antidépresseurs (119).

Mais l'étude de *Herique A et al* retrouvait que la principale explication à ce phénomène était l'arrêt prématuré du traitement de la part du patient lui-même. Les motifs d'arrêt principaux du traitement par les patients étaient le sentiment de guérison et la survenue d'effets indésirables. L'observance était donc le facteur clé sur lequel il était nécessaire d'agir (115).

Il est par conséquent nécessaire de prolonger le traitement même en cas d'amélioration des symptômes et l'expliquer au malade. Lorsque les patients étaient prévenus des effets indésirables potentiels, ces derniers les toléraient mieux (115).

Enfin dans notre étude, les durées de prescriptions des Benzodiazépines et Hypnotiques étaient majoritairement en accord avec les recommandations.

### **d. Les autres thérapeutiques non médicamenteuses :**

Les médecins généralistes de notre étude semblaient avoir une opinion favorable à la prescription de psychothérapies, qu'elles soient réalisées par un psychologue, un psychiatre ou le médecin généraliste lui-même.

Ils semblaient être en accord avec les recommandations de la HAS.

Dans une enquête nationale en 2011 menée auprès de médecins généralistes de ville, la majorité d'entre eux (72%) avait des opinions favorables concernant les psychothérapies et reconnaissait l'efficacité de ce traitement dans la dépression, et estimait même que la psychothérapie constituait un traitement au même titre qu'un médicament (120).

Une prise en charge psycho-sociale était choisie par 74,5% des répondants. Ceci reflète l'importance que les médecins généralistes accordaient à une prise en charge plutôt globale.

Enfin, dans les réponses courtes proposées aux répondants, l'activité physique et la kinésithérapie étaient proposées par plusieurs médecins. On retrouvait aussi la sollicitation de réseau de personne âgée ou des aides à domicile.

Les médecins généralistes répondants connaissaient donc l'importance d'une prise en charge sociale permettant de lutter contre le cercle vicieux de l'isolement.

## **5) Freins à l'orientation vers une consultation de spécialiste :**

Le frein majoritaire soulevé par les médecins répondants de notre étude était le délai important pour l'obtention d'une consultation avec un psychiatre, 98% des répondants. On retrouve cette même tendance dans d'autres études comme dans la thèse menée à Lille en 2020 qui retrouvait une moyenne de 3,26 de médecins généralistes estimant le délai important (113) et dans une enquête de 2007 où 69% des médecins généralistes déclaraient que l'obtention d'une consultation rapide avec un psychiatre était une difficulté majeure (121).

Plusieurs répondants avaient souligné le fait que certains psychiatres refusaient de prendre de nouveaux patients ou qu'il n'y avait pas assez de psychiatres. Ceci peut être expliqué par l'accroissement du besoin de prise en charge de troubles de la santé mentale, tout âge confondu, dans un contexte de pandémie et donc l'augmentation de demande de consultation et une diminution de l'offre.

En effet, les psychiatres seraient en nombre insuffisant dans certaines zones, rendant les consultations saturées et les délais longs. En 2020, 17,6% des postes de la spécialité psychiatrie n'ont pas été pourvus lors de la répartition des postes suite à l'ECN (Examen Classant National) (122).

Certains médecins répondants soulevaient le problème du manque de formation ou de formation incomplète des médecins généralistes, qui pourrait être une solution pour pallier au manque de psychiatre. Une thèse menée en 2021 sur la prise en charge de la dépression de la personne âgée au niveau national par les médecins généralistes avait mis en évidence que les médecins généralistes formés avaient un taux d'orientation au spécialiste moins important que celui des médecins non-formés. Il était également plus facile pour eux d'identifier le spécialiste à qui orienter le patient, ce qui suggérait une meilleure connaissance du réseau (104).

En deuxième position concernant les obstacles rencontrés à l'orientation du patient vers un spécialiste, la réticence du patient ou de son entourage était choisie par 70,6% des répondants. La première hypothèse à cette tendance pourrait être expliquer par la représentation de la population générale sur les troubles psychiques en général et donc entraver le recours à un spécialiste. L'INPES avait publié en 2007 un document destiné aux patients et leur entourage concernant la dépression, intitulé « La dépression, en savoir plus pour s'en sortir ». Cependant, ce document ne semble pas être suffisamment diffusé auprès de la population générale pour pouvoir lutter contre une stigmatisation de cette maladie (123).

Enfin, selon la littérature, si 83% des MG interrogés déclarent qu'un des critères de choix du spécialiste est le remboursement de la consultation, ils sont peu nombreux à les adresser à une Centre médico-psychologique (CMP). Par ailleurs, ce résultat peut être expliquer par l'existence de freins au recours au CMP, dont le délai d'obtention de RDV (66%), l'absence de retour d'informations sur le patient pris en charge par le CMP (55%) ou encore la réticence du patient à s'y rendre (47%) (124).

## **6) Les freins rencontrés au quotidien pendant la pandémie du Covid-19 :**

Le manque de temps lors de la consultation était le principal frein déclaré par les participants de l'étude. En effet la psychothérapie de soutien nécessite un temps d'entretien long dépassant souvent le temps d'une consultation habituelle en médecine générale. Ce temps a été estimé à 25 minutes par une étude réalisée en 2017 (107). Selon une enquête de l'URCAM publiée en 2005 et interrogeant 101 MG en Ile-de-France, l'insuffisance de temps consacré au patient lors d'une consultation était mis en évidence chez 44,6% d'entre eux. Ils jugeaient qu'une consultation de prise en charge d'un patient présentant des troubles psychiques, notamment l'instauration d'un traitement médicamenteux, l'utilisation d'un outil de dépistage ou en cas de situation de crise, pourrait être longue et nécessitant souvent un temps d'entretien avec l'entourage (125).

Le non remboursement de la prise en charge par les psychologues était le deuxième obstacle rencontré par les MG répondants. Suite aux conséquences de la crise sanitaire actuelle sur la santé mentale des français, le gouvernement a mis en place des mesures permettant d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale. La prise en charge pour l'ensemble de la population de séances chez le psychologue en ville sera possible à partir du printemps 2022. Le gouvernement s'engage ainsi à créer une prestation d'accompagnement psychologique pour les personnes ayant des troubles psychiques d'intensité légère à modérée et permettre ainsi de simplifier et fluidifier les parcours des patients recourant à ce type de soins. Cependant, le nombre de séances remboursées est limité et seules les séances réalisées par un psychologue conventionné avec l'assurance maladie seront prises en charge. De plus, cette mesure est destinée aux psychologues « volontaires » pour entrer dans ce dispositif. Donc les critères d'inclusion restent restreints (126).

Depuis 2018, la prise en charge des actes des psychologues ou psychothérapeutes non médecins est en phase d'expérimentation dans quelques départements : les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne et le Morbihan mais concerne uniquement des patients âgés de 18 à 60 ans (127).

Une étude réalisée en 2011 au niveau national retrouvait que 91% des médecins généralistes estimaient que le non remboursement était un frein d'accès aux psychothérapies (124).

Le manque de coordination entre le MG et le spécialiste était un obstacle rapporté lors de notre étude. Nos résultats sont accord avec ceux de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) qui retrouvait que deux médecins sur trois environ n'étaient pas satisfaits de leurs relations interdisciplinaires avec les professionnels de la santé mentale (124).

En effet, au cours d'une enquête menée en 2014 au niveau national, 97% des MG interrogés déclaraient rédiger un courrier d'orientation vers un spécialiste, mais qu'uniquement 26% d'entre eux avouaient recevoir une réponse (128).

Donc le manque de retour d'informations sur le patient et notamment le suivi pourrait expliquer ce frein. Car selon cette même étude, 82% des MG déclaraient que la coopération avec les professionnels de santé mentale améliorait leur prise en charge, l'accès aux soins pour 74% d'entre eux. Les compétences des médecins généralistes étaient améliorées pour 69% d'entre eux (128).

Le manque de suivi était rapporté par les répondants comme étant un frein important rencontré dans la pratique quotidienne pendant la crise sanitaire. Celui-ci pourrait être expliqué par les mesures de confinement mises en place par le gouvernement pour freiner la propagation du virus, et a donc limité le déplacement des personnes les plus fragiles soit par manque de moyen soit par peur d'être contaminer.

Dans le même sens, plusieurs médecins généralistes de notre étude évoquaient dans les réponses courtes d'élargir la téléconsultation et que celle-ci était une solution pour pallier à la difficulté de déplacement, quel que soit la raison initiale.

En effet, la téléconsultation était un des moyens préconisés par les médecins libéraux pendant la crise sanitaire de la Covid-19 et lors des successifs mesures de confinement.

Cet outil permet de consulter à distance, de continuer d'être soigné et de permettre un suivi en cas de pathologies chroniques somatiques ou psychiques.

Pour les personnes non habiles avec des équipements par vidéo transmission, surtout chez les personnes plus âgées, la téléconsultation pouvait être utilisée par téléphone. L'assurance maladie a remboursé à 100% toutes les téléconsultations par vidéo transmission effectuées pendant l'épidémie de la Covid-19 et dans certains cas par téléphone (129).



## **7) Comparaison entre professionnels suivant les recommandations officielles et ceux ne les suivant pas :**

Tout d'abord, le nombre d'année depuis l'installation était moindre chez les médecins généralistes appliquant les recommandations. Ce résultat pourrait être expliquer par l'amélioration au fil des années de la formation théorique et pratique lors des études médicales de premier et deuxième cycle. On pourrait aussi penser qu'une actualisation des connaissances est plus pratiquée chez les médecins ayant moins d'expérience. Les comparaisons entre les deux groupes sur la stratégie de traitement et les durées de prescriptions ne retrouvaient pas de différence significative. L'explication la plus probable est que les médecins appartenant au groupe ne suivant pas les recommandations, suivaient certainement en partie certaines recommandations. Enfin, la comparaison des deux groupes sur la présence ou non d'une formation en psychiatrie n'a pas montré de différence significative ( $p = 1,000$ ) mais plusieurs médecins répondants avaient souligné lors d'une réponse courte l'intérêt d'une formation. Selon une thèse publiée en 2021, 79,1% des médecins généralistes interrogés ressentaient un besoin de formation en psychiatrie et à peine un répondant sur six était formé. Parmi les médecins généralistes répondants à cette étude, ce sont les jeunes médecins qui déclaraient en avoir le plus besoin (104).

## V Les perspectives d'amélioration

Au-delà des aspects sanitaires, la crise liée à la Covid-19 a soulevé, et soulève encore un certain nombre de questions éthiques. Mais via un retour d'expérience, des pistes de réflexions se sont ouvertes pour permettre d'atténuer les conséquences de celle-ci surtout au niveau de la santé mentale.

Au vu de la prévalence des pathologies psychiques dans cette tranche d'âge et de la prévalence dans notre étude de la prise en charge d'un trouble de la santé mentale de la personne âgée pendant l'épidémie de la Covid-19, la réalisation d'une formation pourrait être une perspective. En effet, les formations des internes en médecine générale semblent être trop cloisonnées, avec un manque de formation de terrain. Une augmentation des stages en psychiatrie et une augmentation du nombre d'enseignants en psychiatrie permettrait une amélioration des pratiques des futurs médecins généralistes.

On pourrait inclure les échelles et outils diagnostics dans des formations pour permettre une meilleure utilisation lors d'une consultation de médecine générale.

Il serait intéressant de rappeler aux internes de médecine générale en troisième cycle l'existence de formations médicales continues ou la possibilité d'acquérir un diplôme universitaire en lien avec la gériatrie et la gériatrie-psychiatrie. Une étude auprès des internes en troisième cycle de médecine générale serait intéressante pour rechercher leur ressenti concernant leur formation initiale à la psychiatrie et pour étudier les problématiques soulevées pour apporter des améliorations plus ciblées.

Le recours à des interventions à domicile ou à des appels téléphoniques ou par vidéo-transmission devraient se généraliser pour permettre un suivi adéquat et prévenir la rupture de suivi souligné par les répondants de notre étude dans un contexte de peur de l'épidémie. Ces actions pourraient être réalisées par plusieurs professionnels de la santé et non uniquement par les médecins généralistes.

La prise en charge des troubles de la santé mentale ainsi que le suivi devrait être amélioré par un remboursement des psychothérapies réalisées par les psychologues et les psychothérapeutes non médecins. Cette perspective devrait voir le jour à partir d'Avril 2022 et permettrait de pallier aux consultations qualifiées souvent de chronophages par les médecins généralistes.

Devant la difficulté d'hospitalisation soulevé par les médecins répondants, des dispositifs tels que les maisons médicales de garde et les CMP devraient être davantage développés. En attendant, les consultations par téléconsultation (téléphonique ou par vidéo-transmission) ont été réalisées par les médecins généralistes pendant l'épidémie de la Covid-19. Leur remboursement par le gouvernement pourrait être un argument pour leur accroissement. Une étude serait intéressante sur l'utilisation de la télémédecine (par les médecins de toute spécialité) pendant l'épidémie du Covid-19 pour cette tranche d'âge de population afin d'en tirer les avantages et les inconvénients et permettre des perspectives d'amélioration.

Concernant la relation médecin généraliste et psychiatre, des concertations régulières pourraient être envisagées, surtout concernant des cas difficiles. Elles pourraient prendre la forme d'une réunion pluridisciplinaire.

Enfin, les médecins généralistes confrontés à la prise en charge des troubles de la santé mentale des personnes âgées devraient se baser sur les enquêtes, notamment l'enquête CoviPrev, mise en place par Santé Publique France afin d'observer l'impact de cette épidémie sur la santé mentale des Français, de renforcer les messages de prévention auprès de cette population (ainsi que les autres tranches d'âge) et de contribuer aux orientations des prises de décision des acteurs de santé. Pour cela un recensement des dispositifs d'aide à distance a été développé, que ce soit pour les professionnels de santé ou le patient, ainsi que la mise en place de dispositifs de prévention et de promotion de la santé mentale.

A noter également la mise en place par Santé Publique France de liens directs intéressants la santé mentale des personnes âgées pendant l'épidémie, disponibles pour le patient et également l'entourage.

## VI Conclusion

Notre étude a permis de décrire les pratiques des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône dans la prise en charge des troubles de la santé mentale de la personne âgée en ambulatoire, durant l'épidémie de la Covid-19.

Le contexte d'incertitude quant à la COVID-19, son risque important pour la santé des personnes fragiles et plus particulièrement les PA, mais aussi les mesures sanitaires prises, dont la limitation des contacts physiques, ont pu également avoir des répercussions sur le plan psychologique des aînés, déjà plus exposés à l'isolement social avec potentiellement un impact sur leur état émotionnel.

86% des médecins répondants à l'étude ont été amenés à prendre en charge des pathologies de la santé mentale du sujet âgé lors de cette période de crise sanitaire.

La classe d'antidépresseur la plus utilisée était les ISRS, ce qui est en accord avec les recommandations officielles. Par ailleurs, 41% des répondants les prescrivaient sur une durée plus courte ou plus longue que ce qui est préconisé par la HAS.

On a mis également en évidence une association d'ATD et de BZD dans 72,5% des cas. La classe des anxiolytiques a été donc très utilisée par les MG de l'étude, malgré un risque iatrogène non négligeable. Quant aux durées de prescription des classes d'anxiolytique et d'hypnotique, celles-ci ont été en accord avec les recommandations de bonne pratique.

Concernant le recours à une psychothérapie (tout intervenant confondu), la majorité des répondants étaient favorables à leur recours et une prise en charge psycho-sociale a été pensée par 74,5% des MG de l'étude, montrant l'intérêt majeure d'une prise en charge globale que constitue les troubles psychiques de la personne âgée.

Cependant, plusieurs freins ont été recensés dans notre étude, nous permettant d'apporter quelques pistes d'amélioration.

D'abord une formation médicale initiale renforcée pourrait pallier au problème de pénurie des médecins spécialistes et permettre aux médecins généralistes de mieux diagnostiquer, prendre en charge et suivre le patient, d'autant plus pendant l'épidémie de la Covid-19 où le recours à un spécialiste, dont un psychiatre, était très difficile.

Le développement de la télémédecine, qu'elle soit par vidéo-transmission ou par appel téléphonique, devrait permettre un suivi optimal devant les mesures de confinement mis en place par le gouvernement et permettrait de réduire le nombre de patient perdu de vue et surtout repérer et prévenir le risque suicidaire. Ces interventions devraient être pratiquées par plusieurs professionnels de santé.

L'accès aux soins spécialisés pourrait également être amélioré par le remboursement de la consultation auprès d'un psychologue, qui sera généralisé sur le territoire français à partir du printemps 2022, par une coordination des soins entre spécialistes et généralistes ainsi que le développement et l'amélioration des structures déjà présentes comme par exemple les CMP ou les maisons de garde.

Enfin, il est essentiel de rester informé sur l'évolution et le développement des mesures d'aide et d'orientation des patients âgés, recenser par Santé publique France dans son enquête nationale CoviPrev, menée depuis le début de la crise sanitaire, axée sur les troubles de la santé mentale des Français, mais très peu connue par les répondants de notre étude (uniquement 27% des répondants), destinée aux professionnels de santé mais également les patients et leur entourage.

## VII Bibliographie

1. World Health Organization. Vieillesse et santé. 2018.
2. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. 2002.
3. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? *Gerontologie et société*. 6 oct 2011;34 / n° 138(3):127-42.
4. Institut national de la statistique et des études économiques. Les personnes âgées. 2005 pdf.
5. Troubles mentaux non démentiels des personnes âgées – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 24 févr 2022]
6. Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé de New York des 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100.
7. Union européenne. (Conférence de Haut-Niveau, 12-13 juin 2008, Bruxelles). *Ensemble pour la santé mentale et le Bien-être*. Bruxelles : Commission Européenne, 2009.
8. WHOQOL GROUP. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). *Quality Life Research*, 1993, n° 2, pp. 153-159.
9. Commission européenne de l'Union européenne et conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006.
10. Rigaud A.S., Bayle C., Latour F. *et al* — Troubles psychiques des personnes âgées. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie* , 37-540-A-10, 2005.
11. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par sexe et groupe d'âges en 2021.
12. Préconisations pour la prévention du suicide chez les personnes âgées, Ministère de la Santé, 2013.
13. Charney Depression and Bipolar Support Alliance. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:664–72.

14. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman A T , Kluiters H, van Tilburg W, et al. Depression among older nursing home patients. A review. Tijdschr Gerontol Geriatr 2003;34: 52–9.
15. 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.
16. 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>.
17. Collège National des Universitaires en Psychiatrie et all. Référentiel de psychiatrie et addictologie. 2ème édition. 2016. 583 p. (L'officiel ECN).
18. World Health Organization. La dépression. 2012.
19. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM5. 2013.
20. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10ème révision. Masson.
21. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée.
22. Gériologie Société. 2008;126(3):141-55.
23. Société Française de Gériatrie et Gériologie (SFGG), Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP de gériatrie).
24. Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées. Frison-Roche. 2015.
25. Gallarda T, Léo H. Dépression et personnes âgées L'Encéphale. juin 2009;35(3):269-80.
26. Collège National des Enseignant en Gériatrie. Vieillesse. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Masson; 2010. 187- 198 p.
27. Khan A, Mirolo H, Mirolo MH, Dobie DJ. Depression in the elderly: a treatable disorder. Geriatrics. juin 1993;48 Suppl 1:14-7.
28. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. J Psychiatr Res. févr 1994;28(1):57-84.

29. Limosin F, Manetti A, René M, Schuster J-P. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 oct 2015;15(89):256-61.
30. Pinquier C, Weimann N, Pellerin J. Diagnosis of a depression in elderly. 2003. (*La Revue de Gériatrie*; vol. Tome 28)
31. Gelder M, Gath D, Mayou R. Oxford. *Psychiatry of the elderly*. In: Gelder M, Gath D, Mayou R, editors. *Textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford Medical Publications; 1986. p. 493–515.
32. *Psychiatry of the elderly* A.-S. Rigaud (Professeur des Universités, praticien hospitalier) \*, C. Bayle, F. Latour, H. Lenoir, M.-L. Seux, O. Hanon, R. Péquignot, P. Bert, P. Bouchacourt, F. Moulin, I. Cantegreil, E. Wenisch, F. Batouche, J. de Rotrou *EMC-Psychiatrie 2* (2005) 259–281.
33. Nordhus IH, Pallesen S. Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71:643–51.
34. Dement WC, Miles LE, Carskadon MA. White “paper” on sleep and aging. *J Am Geriatr Soc* 1982;30:25–50.
35. Rechtschaffen A, Kales AA. *A manual of standardized terminology, techniques and scoring systems for sleep stages of human subjects (USPHS NO 204)*. Washington: US Government Printing Office; 1968.
36. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep* 1991;14:331–8.
37. Wauquier A, Van Sweden B, Lagaay AM, Kemp B, Kamphuisen HA. Ambulatory monitoring of sleep-wakefulness patterns in healthy elderly males and females (>88 years): the “senior” protocol. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:109–14.
38. Buysse DJ, Browman KE, Monk TH, Reynolds CF, Fasiczka AL, Kupfer DJ. Napping and 24-hour sleep/wake patterns in healthy elderly and young adults. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:779–86.
39. Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber DF, Mason W, Fell R, Kaplan O. Sleep-disordered breathing in community-dwelling elderly. *Sleep* 1991;14:486–95.
40. Coleman RM, Miles LE, Guilleminault CC, Zarcone VP, Van Den Hoed J, Dement VC. Sleep disorders in the elderly: a polysomnographic analysis. *J Am Geriatr Soc* 1981;29:289–96.
41. Dickel MJ, Mosko SS. Morbidity cut-offs for sleep apnea and periodic leg movements in predicting subjective complaints in senior . *Sleep* 1990;13:155–66.



42. Morewitz JH. Evaluation of excessive daytime sleepiness in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:324–30.
43. Campbell SS, Dawson D, Anderson MW. Alleviation of sleep maintenance insomnia with time exposure to bright light. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:829–36.
44. Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000.
45. Vassilas CA, Morgan HG. Elderly suicides'contact with their general practitioner before death. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:1008–9.
46. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1048– 53.
47. Haute Autorité de Santé. Mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. 2014.
48. Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2006.
49. Harwood DM, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry*. août 2000;15(8):736-43.
50. Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000.
51. Lacoste L, Trivalle C. Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatologique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. avr 2005;5(26):44-51
52. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1 févr 1988;23(3):271-84.
53. Worboys M. The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a “gold standard” and the unmaking of a chronic illness, 1960–1980. *Chronic Illn*. sept 2013;9(3):202-19.
54. Davidson J, Turnbull CD, Strickland R, Miller R, Graves K. The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*. mai 1986;73(5):544-8.
55. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983 1982;17(1):37-49.
56. Applications of the Beck Depression Inventory R. A. Steer, A. T. Beck, and B.Garrison.

57. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study, 2017 Sep; 73(9): 1076–1090.
58. Haute Autorité de Santé. Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé (Psycho SA) - Programme Pilote 2006-2013. 2010.
59. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. 2017.
60. Dictionnaire Vidal 2019. 95ème édition. Vidal eds; 2019. 3867 p
61. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 2010;152.
62. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte, prise en charge thérapeutique et suivi. Argumentaire scientifique II - 2017 - Haute Autorité de santé.
63. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. third edition. 2015.
64. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. 2016
65. Collège National des Enseignants en Gériatrie. Gériatrie. 3ème édition. (Elsevier Masson).
66. Bouhassira M, Allicar MP, Blachier C, Nouveau A, Rouillon F. Which patients receive antidepressants? A « real world » telephone study. J Affect Disord. avr 1998;49(1):19-26.
67. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? juill 2018.
68. Inserm, la science pour la santé. Benzodiazépines : trop de patients à risque d'effets indésirables. 2016.
69. MI L, Jp C. Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française. 2007;11.
70. Judith É, et al. Psychothérapies du sujet âgé. Inf Psychiatr. 10 déc 2015 ; Volume 91(9):747-54.
71. Cuijpers P, et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry. 2014 ; 13(1):56-67.

72. Debré P., Gonzalez J.-P. Odile Jacob; Paris: 2013. Vie et mort des épidémies.
73. Hervé C., Hintermeyer P., Rozenberg J.J. De Boeck; Bruxelles: 2012. Les maladies émergentes et le franchissement des barrières d'espèces : implications anthropologiques et éthiques.
74. Organisation mondiale de la santé . 2020. Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV), Genève.
75. Organisation mondiale de la santé . 2020. L'OMS déclare que la flambée de COVID-19 constitue une pandémie 2020, Genève.
76. Haut Conseil de la santé publique . Paris; 2020. Avis provisoire Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères.
77. Conseil scientifique COVID-19 . 2020. Avis du Conseil scientifique COVID-19 16 mars 2020, Paris.
78. WHO. Immunité collective, confinement et COVID-19. 2019
79. D'cruz M, Banerjee D. 'An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. Vol. 292, Psychiatry Research. Elsevier Ireland Ltd; 2020.
80. Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, et al. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. Qual Life Res. 2011 Feb;20(1):57–67.
81. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. Lancet Public Heal. 2020 Jan 1;5(1):e62–70.
82. Petits frères des pauvres. Rapport annuel. 2020.
83. Ankri J. Prevention of diseases after the age of 75: Acting on factors of risk. Gerontol Soc. 2008 Jun 1;125(2):129–43.
84. Leane E, Samuel M, Oh H, Poulet E, Brunelin J. Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. Vol. 141, Preventive Medicine. Academic Press Inc.; 2020.
85. Franck N. Covid-19 et détresse psychologique | Éditions Odile Jacob. 2020.
86. Lai FH yin, Yan EW hung, Yu KK ying, Tsui WS, Chan DT hoi, Yee BK. The

- Protective Impact of Telemedicine on Persons With Dementia and Their Caregivers During the COVID-19 Pandemic. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 Nov 1;28(11):1175–84.
87. Zhu Y, Chen L, Ji H, Xi M, Fang Y, Li Y. The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. Vol. 36, *Neuroscience Bulletin*. Springer; 2020. p. 299–302.
  88. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. Vol. 5, *The Lancet Public Health*. Elsevier Ltd; 2020. p. e256.
  89. Lim WS, Liang CK, Assantachai P, Auyeung TW, Kang L, Lee WJ, et al. COVID-19 and older people in Asia: Asian Working Group for Sarcopenia calls to actions. Vol. 20, *Geriatrics and Gerontology International*. Blackwell Publishing; 2020. p. 547–58
  90. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. [cité 1 juill 2021]
  91. Des ressources pour les besoins essentiels des personnes âgées et de leurs aidants - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 24 févr 2022]
  92. Santé mentale [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
  93. COVID-19 : prendre soin de sa santé mentale pendant l'épidémie [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/covid-19-prendre-soin-de-sa-sante-mentale-pendant-l-epidemie>
  94. 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.
  95. Sivertsen H, et al. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2015 ;40(5-6):311-39.
  96. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147–56.
  97. Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1999;60:9–15.
  98. Beekman A T , de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000;157:89–95.

99. Simonetti A, Pais C, Jones M, Cipriani MC, Janiri D, Monti L, et al. Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions. Vol. 11, *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A.; 2020.
100. Brown EE, Kumar S, Rajji TK, Pollock BG, Mulsant BH. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 Jul 1;28(7):712–21.
101. Martin CL, Nagao DH. Some effects of computerized interviewing on job applicant responses. *Journal of Applied Psychology*. 1989;74(1):72-80.
102. Lautenschlager GJ, Flaherty VL. Computer administration of questions: More desirable or more social desirability? *Journal of Applied Psychology*. 1990;75(3):310-4.
103. 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.
104. J 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.
105. Malcolm Johnson. La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques. mars 2001;(Numéro 34):pages 51 à 67.
106. 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.
107. Leroux A. L'échelle de dépression de Hamilton : état des lieux auprès de médecins généralistes en Haute-Normandie
108. Marie-Laure Morvan. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère. 2014.
109. Classification commune des actes médicaux. CCAM en ligne.
110. Ontario Hospital Association. Guide d'évaluation du risque de suicide.
111. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Réanimation*. 2008;(17):783-9.
112. Robert Mathilde - Prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de la personne âgée en cabinet de médecine générale - 2020. Université de Lille.
113. A. Hérique, J.-P. Kahn. Guidelines and Reality in Practical Use of and compliance to Antidepressants in the Treatment of Depression: Incidence Survey in Lorraine and Champagne-Ardenne (France). *L'Encéphale*. 2009;(35):73-79.

114. Verger P, et al. Determinants of Coprescription of Anxiolytics with Antidepressants in General Practice. *Can J Psychiatry* 1 févr 2008;53(2):94-103.
115. A. Hérique, J.-P. Kahn. Guidelines and Reality in Practical Use of and compliance to Antidepressants in the Treatment of Depression: Incidence Survey in Lorraine and Champagne-Ardenne (France). *L'Encéphale*. 2009;(35):73-79.
116. Martin P. [Coadministration benzodiazepine and antidepressant drugs: the state of art]. *Encephale*. oct 2006;32(5 Pt 1):753-66.
117. Ogawa Y, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2019.
118. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. HAS
119. URCAM Rhône-Alpes — Observatoire du médicament. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine chez l'adulte : les traitements courts.
120. H. Dumesnil, S. Cortaredona. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Numéro 810; 2012.
121. A. Mercier et al. Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France. *L'Encéphale*. 2010;D73—D82.
122. Centre National de Gestion. rangs limites. 2019.
123. Briffault X et al. La dépression, en savoir plus pour en sortir. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé; 2007.
124. Dumesnil H, Cortaredona sébastien, Cavillon M. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Etudes et résultats. sept 2012;(810).
125. Chabry C, Phelippeau J-P, Dubron D. Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte. Expression des besoins par les médecins généralistes. URCAM Ile de France; 2005.
126. Vers un remboursement des séances de psychologues dès le printemps 2022 - MonPsy - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 24 févr 2022].
127. Assurance Maladie. Prise en charge par l'Assurance Maladie des Thérapies non médicamenteuses, dispositif expérimenté dans 3 départements. 2018.
128. G. Milleret, I. Benradia. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». 2014;Vol 90(5):pages 311 à 317.
129. Pendant l'épidémie de Covid-19 téléconsultation et télésoin HAS novembre 2020.

## VIII Annexes

### ANNEXE 1 : Critères diagnostiques selon la CIM-10

#### CIM-10

##### **A. Critères généraux (obligatoires)**

G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

##### **B. Présence d'au moins 2 des 3 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 1 des 7 symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes \* :**

(1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.

(2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.

(3) Pensées 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) Perturbations du sommeil de n'importe quel type.

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



## ANNEXE 2 : Critères diagnostiques selon la DSM-5

### DSM-IV TR

**A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins 1 des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.**

1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. pleure). N.B. : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

**B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.**

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

**D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance** (ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (ex. hypothyroïdie).

**E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil**, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.



## ANNEXE 3 : Sévérité des signes cliniques dans l'EDC selon la HAS

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
<b>Léger</b>	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
<b>Modéré</b>	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
<b>Sévère</b>	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

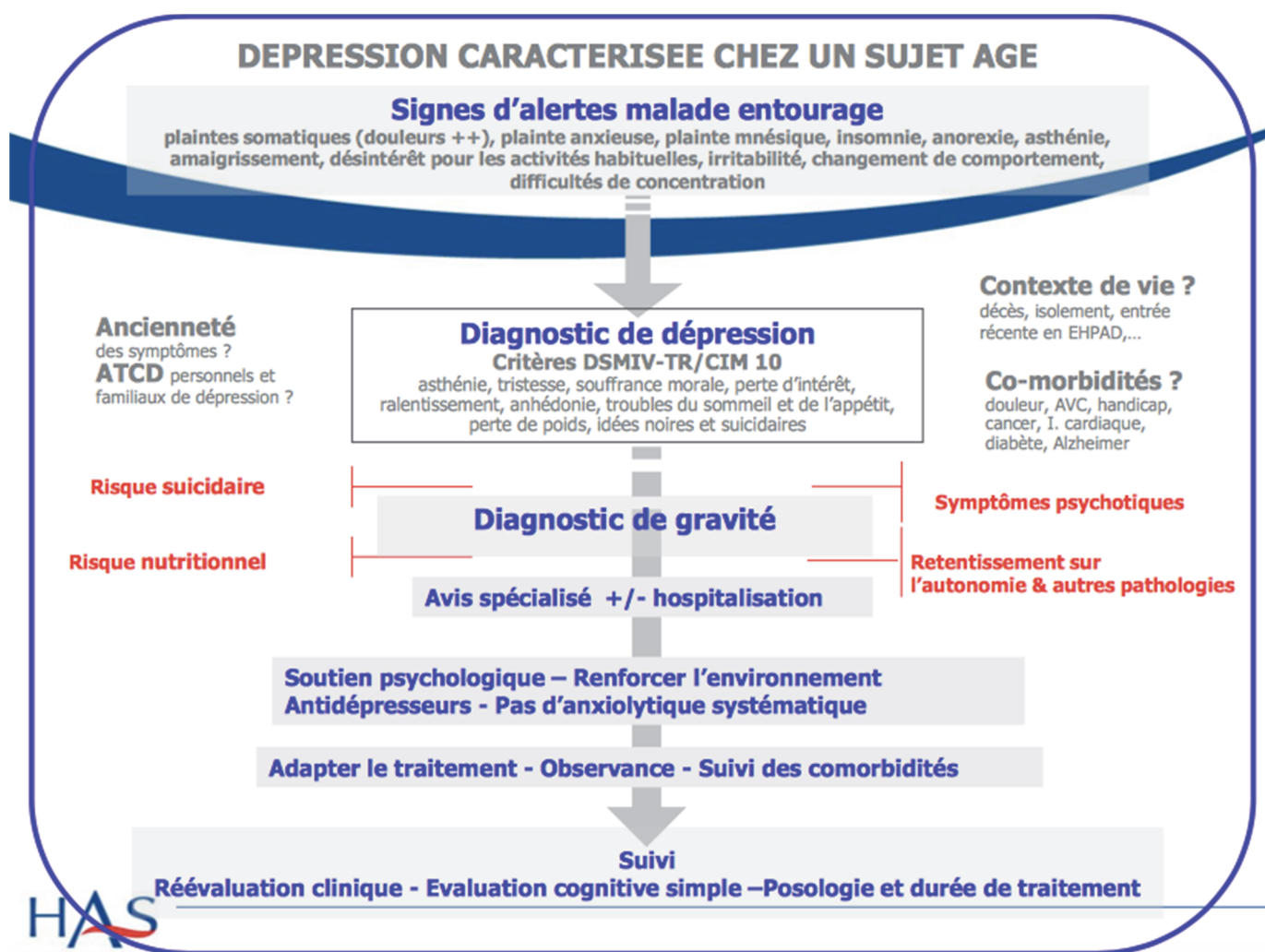
## ANNEXE 4 : ISRS

DCI	Indications de l'AMM
<b>ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)</b>	
Citalopram	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie
Escitalopram	Traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie Traitement du trouble anxiété sociale (phobie sociale) Traitement du trouble anxiété généralisée Traitement des troubles obsessionnels compulsifs
Fluoxétine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Troubles obsessionnels compulsifs Boulimie : en complément d'une psychothérapie, indiqué dans la diminution de la fréquence des crises de boulimie et des vomissements ou prise de laxatifs. Épisode dépressif majeur (c'est-à-dire caractérisé) modéré à sévère, en cas de non-réponse à l'issue de 4 à 6 séances de prise en charge psychothérapeutique. Le traitement antidépresseur ne devrait être proposé pour un enfant ou un adolescent souffrant de dépression modérée à sévère qu'en association à une prise en charge psychothérapeutique.
Fluvoxamine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Troubles obsessionnels compulsifs
Paroxétine	Épisodes dépressifs majeurs Troubles obsessionnels compulsifs Trouble panique avec ou sans agoraphobie Trouble anxiété sociale (phobie sociale) Trouble anxiété généralisée État de stress post-traumatique
Sertraline	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire (pour le 50 mg) Troubles obsessionnels compulsifs (adulte et enfant)

## ANNEXE 5 : IRSNa, IMAO, autres ATD

DCI	Indications de l'AMM
<b>IRSN (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)</b>	
Milnacipran	Traitement des épisodes dépressifs majeurs de l'adulte
Venlafaxine	Traitement des épisodes dépressifs majeurs Prévention des récurrences des épisodes dépressifs majeurs Traitement de l'anxiété généralisée Trouble anxiété sociale (phobie sociale) Traitement du trouble panique, avec ou sans agoraphobie
Duloxétine	Traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) Traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique chez l'adulte
<b>IMAO-A (inhibiteur sélectif de la monoamine oxydase A)</b>	
Moclobémide	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
<b>IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase non sélectif)</b>	
Iproniazide	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
<b>Autres antidépresseurs</b>	
Miansérine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Mirtazapine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)
Tianeptine	Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)

## ANNEXE 6 : Arbre décisionnel de PEC thérapeutique selon la HAS





# 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.**



# Résumé

**Introduction** : Depuis la mise en place des mesures gouvernementales liées à l'épidémie de la Covid-19 et la nécessité d'un confinement, la peur de la maladie et les conditions de vie bouleversées ont eu un impact sur la santé mentale de la population dont les personnes âgées. L'OMS estime que les maladies mentales se classent en troisième position après les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Trois millions de français souffriraient de troubles psychiques. Ainsi, la santé mentale représente un enjeu majeur de santé publique. Durant la crise sanitaire de la Covid-19, le médecin généraliste a occupé un rôle central dans le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée.

**Objectif** : Décrire les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée pendant l'épidémie du Covid-19.

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive, quantitative de type enquête de pratique auprès de 200 médecins généralistes des Bouches-du-Rhône via un questionnaire anonyme abordant les critères diagnostiques, l'attitude thérapeutique et leurs perspectives d'améliorations concernant la santé mentale de la personne âgée pendant l'épidémie de la Covid-19.

**Résultats** : 51 questionnaires ont été analysés. 86% des médecins répondants à l'étude ont été amenés à prendre en charge des pathologies de la santé mentale du sujet âgé lors de cette période. La classe des antidépresseurs la plus utilisée était les ISRS, l'association d'ATD et de Benzodiazépine était très fréquente, faisant des anxiolytiques une classe thérapeutique très utilisée, malgré un risque iatrogène non négligeable. Les durées de prescriptions des anxiolytiques et des hypnotiques étaient en accord avec les recommandations officielles mais on retrouve 41% des répondants qui prescrivaient les ATD sur une courte ou longue durée comparée aux recommandations. Enfin, le recours à une psychothérapie était majoritairement favorable mais l'accès était restreint durant cette période. Le suivi du patient ainsi que la prévention du risque suicidaire étaient considérés comme des éléments majeurs mais plusieurs freins ont été relevés comme la peur de l'épidémie.

**Conclusion** : Les pratiques des médecins généralistes étaient hétérogènes, 57% d'entre eux ne suivaient pas les recommandations de bonne pratique. Des perspectives d'amélioration ont pu être pensées et adaptées au contexte de crise sanitaire comme le développement de la télémédecine pour le suivi, l'amélioration de la formation initiale théorique et pratique des MG et la possibilité de rester informé par l'intermédiaire de l'enquête CoviPrev apportant des solutions d'orientation et d'action devant ce constat.