



HAL
open science

Usage des antidépresseurs chez le sujet âgé en soins primaires : une revue de littérature

Mathieu Christie

► **To cite this version:**

Mathieu Christie. Usage des antidépresseurs chez le sujet âgé en soins primaires : une revue de littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04237471

HAL Id: dumas-04237471

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04237471v1>

Submitted on 11 Oct 2023

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

**Usage des antidépresseurs chez le sujet âgé en soins primaires : une revue
de littérature**

T H E S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2023

Par Monsieur Mathieu CHRISTIE

Né le 15 août 1991 à Morlaix (29)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Monsieur le Professeur BARGIER Jacques

Monsieur le Docteur SERIDI Houari Boumediene

Président

Assesseur

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Usage des antidépresseurs chez le sujet âgé en soins primaires : une revue
de littérature**

T H E S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 10 Octobre 2023

Par Monsieur Mathieu CHRISTIE

Né le 15 août 1991 à Morlaix (29)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Monsieur le Professeur BARGIER Jacques

Monsieur le Docteur SERIDI Houari Boumediene

Président

Assesseur

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

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

Asseseurs :

➤ 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. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

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

PROFESSEURS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
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
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

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

2020

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

EMERITAT

2020

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

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
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	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

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.)

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GRAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
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 ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

APPAY Romain (MCU-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)

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

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

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)

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)

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)

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 Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

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

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

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)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (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)

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

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)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

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 PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

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

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (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)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-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) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
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)

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

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

CUNY Thomas (MCU PH)

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

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (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)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

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 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)

MEDECINE D'URGENCE 4805

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

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

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

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

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (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)

MITILIAN Eva (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)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***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)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (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)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

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)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (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) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**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)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

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) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

UROLOGIE 5204

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

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

Remerciements

A ma présidente de jury,

Madame Le Professeur Sylvie Bonin – Guillaume,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail. Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse. Merci de votre investissement en psychiatrie et gériatrie, deux disciplines si intéressantes. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Houari Seridi,

Tu me fais l'honneur de diriger cette thèse. Je te dois beaucoup. Merci de m'avoir motivé et inspiré. Merci de m'avoir encadré et soutenu. Tes corrections étaient très pertinentes. Merci de ta disponibilité et de ton efficacité. Merci infiniment pour ton investissement.

A Monsieur Le Professeur Bargier Jacques,

Je vous suis extrêmement reconnaissant d'avoir accepté de participer au jury de soutenance de ma thèse, c'est un privilège de pouvoir vous compter dedans. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements.

A Mme Lomagno Marie-Laure, merci de vos conseils en matière de méthodologie, merci de votre réactivité.

A ma femme Malika, merci pour ton soutien, ta compréhension, tes conseils avisés, tes encouragements. Merci pour ta présence à mes côtés, ta tendresse, ton amour, ton instinct, ta perspicacité. Merci de supporter tant bien que mal mes défauts. Merci pour tes remises en question, elles me font grandir et aller de l'avant. J'apprends tellement avec toi. A notre couple et ce que l'on bâtit ensemble, j'en suis tellement fier. Tu ne mesures pas à quel point je t'aime.

A Timothée, à ces 18 mois déjà passés avec toi, la moitié dans ton cocon maternel, l'autre dans ton cocon parental. Je suis déjà si fier de toi. Je compte bien profiter de toi, te voir grandir sans me faire happer par mon métier, aussi intéressant soit-il. Continue de croquer la vie avec tes 7 dents, comme tu le fais déjà. Tu as le droit de dormir toute la nuit maintenant. A tes futur(s) frère(s) ou sœur(s) ?

A mes parents, je vous remercie du fond du cœur pour l'amour et l'éducation que vous m'avez donnés. Maman, merci de m'avoir transmis ton sens de la méthodologie et tes valeurs. Papa, merci pour m'avoir transmis ton flegme britannique, merci pour tes enseignements spirituels. Je vous remercie de m'avoir encouragé et soutenu dans mon parcours.

A mon frère, tellement différent et pourtant bien semblable. Souvent désopilant, toujours inégalable. Je sais que je peux compter sur toi. Tu as une place très particulière dans mon cœur. A tes découvertes du monde.

A mes grands-parents, merci pour ce que vous m'avez transmis, votre curiosité, votre intérêt pour l'humain. Certains dictons ne sont pas rentrés dans l'oreille d'un sourd... « je me complais dans la lenteur »... J'ai tant de bons souvenirs en votre présence, vous comptez tellement pour moi.

A ma famille française, aux quatre coins de l'Hexagone, et même au-delà des Alpes. Malgré la distance je vous garde à l'esprit.

A ma famille anglaise, toujours dans un coin de l'esprit malgré la distance outre-Manche. We'll soon make it to England ... and maybe Scotland.

A la famille Suzan, Masson et Demery, merci de m'avoir accueilli, merci de partager ces chouettes moments de famille, tantôt en bord de Méditerranée, tantôt dans le Beaujolais, tantôt dans ce merveilleux coin de paradis de l'Océan Indien.

A ces belles rencontres de l'internat : à Peter Mayaud, on se retrouvera. Au soudeur corse, ah le soudeur corse. A Benito, ahhhhh Benito. A Valou, toujours dispo, toujours convivial.

Aux équipes soignantes du CH de Embrun : agents de service hospitalier, aides-soignantes, infirmières, psychologue, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, médecins. Je suis depuis mes débuts frappé par votre sensibilité gériatrique, vous faites un travail remarquable avec nos aînés. Les temps sont durs, depuis trop longtemps. La lumière au bout du tunnel paraît loin mais on y arrivera. Longue vie à l'hôpital de proximité !

Au service de gériatrie du CHICAS de Gap ; Benjamin le premier à m'avoir sensibilisé à la gériatrie, Olivier, Corinne, Valérie, Géraldine et ceux des équipes paramédicales notamment infirmières qui malgré la charge de travail gardaient cette bienveillance indispensable pour les anciens.

A mes maîtres de stage de Médecine Générale, Serge, Pierre-Michel, Camille : vous avez tous à votre façon, par vos visions. Serge je te dois beaucoup, bien au-delà de ces heures de stage.

A ces patients de gériatrie, parfois déments, parfois non, qui ont ce propos hilarant, décalé, interpellant, touchant, malgré la passe difficile qu'ils traversent à l'hôpital. Ces échanges inattendus n'ont pas d'égal. Je vous dis bravo.

A mes potes de promo de l'externat, tellement de péripéties et de complicité pendant ces longues années d'étude. Les souvenirs passés ensemble, alimentent les projets de se revoir. Une dédicace toute particulière à Max et PK avec qui cette aventure a connu ses prémices au 1.7.2. à Brest avant le tram.

A mes amis du lycée, du collège et même d'avant...

A mes rencontres aux Canaries, nous continuons de nouer un chouette lien. Ces découvertes d'autres cultures étaient une telle aubaine.

A M. Daudruis, professeur de maths charismatique, merci de l'intérêt porté à ceux que tu formais, ton écoute et tes conseils qui ont eu un si grand impact.

A ceux qui m'ont fait adopter les Hautes-Alpes et qui me font sentir bien où je vis.

A tous ceux qui j'ai rencontré ici et là qui m'ont aidé, soutenu, inspiré.

A celles et ceux que je n'aurais pas dû oublier.

Sommaire

I.	Introduction.....	5
	<i>Le diagnostic de dépression.....</i>	<i>6</i>
	<i>Les échelles d'évaluation de la dépression.....</i>	<i>8</i>
	<i>Les soins primaires.....</i>	<i>10</i>
	<i>L'hypothèse principale.....</i>	<i>11</i>
II.	Méthode.....	13
	<i>La stratégie de recherche.....</i>	<i>13</i>
	<i>Les mots-clefs.....</i>	<i>13</i>
	<i>Les critères d'éligibilité.....</i>	<i>14</i>
	<i>Le critère de jugement.....</i>	<i>15</i>
	<i>Le matériel.....</i>	<i>15</i>
	<i>La sélection des articles.....</i>	<i>15</i>
III.	Résultats.....	16
IV.	Discussion.....	18
V.	Limites.....	23
VI.	Conclusion.....	24
VII.	Bibliographie.....	25
VIII.	Annexes.....	30
	<i>Annexe 1. Diagnostic de dépression selon les classifications de la CIM-11 et du DSM-V-TR.....</i>	<i>30</i>
	<i>Annexe 2. Apathie.....</i>	<i>33</i>
	<i>Annexe 3. Outil de diagnostic de dépression.....</i>	<i>35</i>
	<i>Annexe 4. Echelles de dépistage de dépression.....</i>	<i>36</i>
	<i>Annexe 5. Echelle de détresse psychologique.....</i>	<i>40</i>
IX.	Abréviations.....	41

I. Introduction

Une personne est définie comme âgée à partir de 60 ans selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) retenue en 1980 (1). Tandis que dans la littérature scientifique, la définition conventionnelle du sujet âgé concerne les personnes âgées de 65 ans et plus (2). En l'absence d'autre consensus international ou national, une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle ou âge légal de départ à la retraite à 65 ans en Europe et 62.9 ans en France en 2021 (3) (4) (5). Certains travaux réalisés sur la dépression choisissent d'inclure dans les séniors les personnes âgées de 55 ans (6).

En France, la part de personnes âgées de 65 ans ou plus a augmenté de près d'un quart en l'espace de 10 ans, passant de 17 % en 2012 à 21 % en 2022. L'un des scénarios des projections de population de l'Insee de 2022 indique que dans 10 ans, 25 % de la population aura 65 ans ou plus et que cette proportion passera à 28 % dans 30 ans (7). Ce phénomène de vieillissement général de la population est porté par l'arrivée aux âges avancés des générations nées durant le baby-boom, par la stagnation depuis 2006 puis la diminution depuis 2014 de la natalité et par l'allongement du temps de vie (8).

Les personnes âgées présentent souvent des pathologies somatiques en lien avec le vieillissement mais aussi des comorbidités psychiatriques dont la dépression.

La dépression est un trouble complexe qui résulte de la combinaison de plusieurs facteurs biologiques, sociaux, environnementaux, psychologiques et culturels. Elle est la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde. Selon les dernières estimations de l'OMS, plus de 300 millions de personnes dans le monde vivent désormais avec cette pathologie, soit une augmentation de plus de 18% de 2005 à 2015 (9). On estime que 3.8 % de la population souffre de dépression, 5 % des adultes (4 % des hommes et 6 % des femmes) et 5.7 % des personnes de plus de 60 ans (10). Le Baromètre de l'INPES en 2021 révèle que la prévalence de la dépression dans l'année est estimée à 6.8% chez les 65-74 ans et 3.4% chez les 75-85 ans (11). Elle était plus élevée chez les femmes (9.9 % des 65-75 ans et 4.6% des 75-85 ans) que chez les hommes.

Le diagnostic de dépression

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) - ou majeur – est défini selon les recommandations internationales à partir de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, ou du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) de l'American Psychiatric Association (APA). La CIM fait référence au niveau mondial pour le codage des pathologies. Le DSM est utilisé en clinique et à des fins de recherche. La 11e révision de la CIM (CIM-11) publiée en 2019 (12) et le DSM-V-TR publié en mars 2022, révision du DSM-V de 2013 (13), utilisent des critères diagnostiques similaires pour définir le trouble dépressif caractérisé. Les critères diagnostics de maladies mentales spécifiques sont ainsi en cours de standardisation au niveau mondial (**Annexe 1**).

Dans ces deux classifications, les symptômes d'un EDC doivent être présents presque tous les jours pendant au moins deux semaines, et être associés à une détresse ou à une altération du fonctionnement significatives, sans pouvoir être imputés à une substance ou autre affection médicale.

Parmi les neuf symptômes du DSM-V, au moins cinq doivent être présents. Il doit au moins être retrouvé une humeur dépressive ou une perte d'intérêt. Les sept autres symptômes sont les suivants : perte ou gain de poids ou d'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, trouble de concentration, pensées de mort récurrentes.

La dépression est qualifiée de légère, modérée ou sévère selon la sévérité des symptômes et le handicap fonctionnel associé.

L'épisode dépressif avec symptômes insuffisants du DSM-V, ancien trouble dépressif mineur du DSM-IV-TR, correspond à la présence d'un affect dépressif et d'au moins un des huit autres symptômes d'EDC. La détresse ou altération significative du fonctionnement et la durée d'au moins deux semaines doivent aussi être réunies.

La spécificité de la dépression chez le sujet âgé

Les principaux facteurs de risque pour une dépression à un âge avancé sont selon des études portant sur d'importantes populations : une maladie physique concomitante ; une altération

cognitive ; une altération fonctionnelle ; un manque ou une perte de contacts sociaux ; et des antécédents de dépression (14).

La dépression est la pathologie la plus fréquente en gérontopsychiatrie. Elle peut avoir des particularités séméiologiques différentes de celle de l'adulte plus jeune, rendant les tableaux atypiques. Les affects dépressifs peuvent être masqués et au contraire l'émoussement affectif peut révéler une dépression. La perte d'intérêt et d'énergie, l'asthénie, le repli sur soi sont des signes aspécifiques régulièrement banalisés à tort comme des signes de vieillissement et pourtant aussi évocateurs de dépression (15). Une hostilité, une irritabilité, des symptômes anxieux importants, des plaintes hypocondriaques sont parfois au premier plan (16).

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2017 soulignent l'intérêt de prendre en compte les expressions somatiques des états dépressifs qui ne sont pas des critères diagnostics à proprement parler de la CIM-11 ou DSM-V-TR (17). Les plaintes fonctionnelles diverses et répétées doivent alerter : syndromes douloureux, dyspnée, symptômes abdominaux, constipation, perte de poids, refus d'alimentation ou de prise de médicament, incurie. Typiquement, dans le cas de douleur, des typologies et horaires variables, une résistance aux antalgiques peuvent être évocatrices de dépression.

Enfin un ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration, des plaintes mnésiques doivent faire évoquer une dépression mais peuvent aussi être des signes précoces de démence. La dépression est particulièrement fréquente au stade préclinique de certaines maladies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson (17). A la fois la dépression appartient aux symptômes neuropsychiatriques de démence et à la fois elle est un facteur de risque d'entrée dans la démence. Un épisode dépressif peut inaugurer une maladie neuro-dégénérative (18). Il existe une véritable intrication entre ces deux entités à tel point qu'elles peuvent être cliniquement indifférenciables (19). Il est donc pertinent de réaliser préalablement un Mini Mental State Examination Test (MMSE) pour explorer les capacités cognitives du sujet âgé (17,20) ; une évaluation par un neuropsychologue est importante, notamment en cas de premier épisode dépressif caractérisé d'apparition tardive (16).

L'apathie est à distinguer de la dépression. Syndrome retrouvé dans la dépression et certaines démences, il s'agit d'un trouble de motivation caractérisé par une perte d'initiative, d'intérêt pour les activités quotidiennes et du ressenti émotionnel. Elle est mise en évidence par

l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) (**Annexe 2**) et répond mal à un traitement antidépresseur, qui peut même l'aggraver (21).

La dépression de la personne âgée comporte un risque suicidaire plus élevé que dans les autres catégories d'âges. Non traitée, elle est la première cause de suicide chez les personnes âgées (22). Des études comparatives ont identifié certains facteurs-clés pour le risque suicidaire chez la personne âgée : citons notamment l'âge avancé, isolement social, deuil, maladie chronique douloureuse ou handicap, troubles du sommeil (17).

Les échelles d'évaluation de la dépression

En parallèle des critères diagnostics, il existe des outils d'aide au diagnostic. On trouve de multiples échelles dépistant la dépression, en auto ou hétéro - évaluation, certaines explorant plus spécifiquement certains champs, mais toutes ne sont pas adaptées à la personne âgée. D'après les recommandations HAS 2017 dès lors que la question d'une dépression se pose, le médecin se doit d'en évaluer cliniquement les signes. Il peut s'aider d'échelles d'évaluation, en particulier l'échelle d'auto-évaluation de dépression en gériatrie : la Geriatric Depression Scale (GDS) (23). Elle a pour intérêt majeur d'avoir été conçue et validée auprès de personnes âgées en prenant en compte l'écueil des troubles physiques. Elle peut comporter 4, 15 ou 30 items selon les versions. Les recommandations HAS 2017 préconisent l'usage de la GDS-15 dont le score seuil indiquant la présence d'une dépression probable est de 5 ou plus. En pratique clinique elle a une excellente valeur prédictive négative : 95% si score inférieur à 5. La rapidité de passation de cette échelle est adaptée à une consultation de médecine générale (24–26). Cette échelle est la plus consensuelle malgré son faible niveau de preuve, peu d'études des outils diagnostics ont été réalisées chez le sujet âgé.

La GDS-15 ne peut être utilisée en cas de troubles cognitifs (score au MMSE < 15), une détérioration intellectuelle rend l'auto-évaluation non valide (4). On peut alors utiliser des échelles de dépression en hétéro évaluation comme celle de Cornell, conçue spécifiquement pour le contexte de démence (27). Il existe d'autres échelles comme le Patient Health Questionnaire (PHQ) qui est adapté au sujet adulte, en version 2 (PHQ-2) ou 9 items (PHQ-9) (**Annexe 4**).

Enfin, il y a l'échelle d'Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), une échelle d'hétéro - évaluation, bon indicateur de l'intensité globale du syndrome dépressif, traduite en français

et validée chez le sujet âgé. Elle peut, par sa répétition dans le temps, être envisagée comme outil de réévaluation et éventuellement d'aide à l'observance thérapeutique. L'intensité modérée à sévère est définie par un score de dépression HDRS-17 (Hamilton) > 17 points sur 52.

Les outils d'évaluation standardisés sont des aides au diagnostic. Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé est avant tout clinique. Les échelles fournissent des indications précieuses sur l'état psycho-affectif du patient mais ne peuvent, au mieux, que constituer une méthode d'exclusion du diagnostic de dépression.

Les antidépresseurs

Il existe des traitements de la dépression connus et efficaces mais, dans les pays à revenus élevés, moins de la moitié des personnes affectées en bénéficient, non par manque de ressources mais par absence de diagnostic correctement établi (4).

Les indicateurs de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) publiés en 2021 montrent que la consommation d'antidépresseurs a plus que doublé en Europe entre 2000 et 2019 : la dose définie journalière est passée de 30 à 66 pour 1.000 habitants (28).

En 2011, dans son rapport « Bien être et Santé mentale », demandé par le ministère de la Santé pour alimenter le second plan national « Bien vieillir », Dr De Ladoucette précise qu'en France, parmi les 65 - 75 ans, 10.7% ont pris un antidépresseur dans l'année (29).

En 2006, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) publiait un argumentaire sur le bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux de l'adulte (30). Il existait des arguments en faveur de l'efficacité des antidépresseurs chez la personne âgée qui nécessitaient d'être renforcés.

Mais peu d'essais thérapeutiques se sont consacrés spécifiquement à la dépression du sujet âgé. Les recommandations concernant son dépistage et sa prise en charge se fondent le plus souvent sur des avis d'experts ou sur l'extrapolation de données issues de patients plus jeunes (16).

Tout comme chez le sujet plus jeune, le traitement antidépresseur est indiqué en cas d'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée à sévère (31). La prescription doit

cependant tenir compte des spécificités liées à l'âge, telles que la polymédication, la fragilité, les fréquentes comorbidités et du profil de tolérance des molécules disponibles (16).

Il n'y a pas de supériorité reconnue d'un traitement antidépresseur par rapport à un autre. Le choix d'antidépresseur se fait principalement selon une éventuelle expérience antérieure, les comorbidités et les effets secondaires propres. Ainsi les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont recommandés en première intention, leurs effets secondaires étant - bien que non négligeables - plus restreints que ceux des autres classes. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) sont recommandés en seconde intention. Enfin les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les antidépresseurs tricycliques sont à envisager plutôt en dernière intention, idéalement sur avis spécialisé (32). Du fait du vieillissement, les paramètres pharmacodynamiques et pharmacocinétiques sont modifiés. En effet, l'absorption intestinale est altérée, la fixation protéique des médicaments est moindre du fait de la diminution de l'albumine, le métabolisme hépatique et l'excrétion rénale sont souvent réduits. Enfin, les interactions médicamenteuses sont nombreuses par le biais des cytochromes P450 qui métabolisent de nombreux médicaments (anti hypertenseurs, anti inflammatoires, benzodiazépines, antipsychotiques). Ces derniers sont inhibés par certains médicaments, tels que les inhibiteurs de la pompe à protons, et certains antidépresseurs (par exemple, fluoxétine, paroxétine et venlafaxine) (33).

Le principe du « start low, go slow » est communément admis ; l'introduction se fait à demi-dose des posologies initiales adultes et l'augmentation de la dose se fait progressivement sur plusieurs semaines (34). Il n'existe cependant pas de donnée prouvant la nécessité d'une baisse de la posologie pleine efficace chez le sujet âgé par rapport à l'adulte (35). La durée d'un traitement antidépresseur bien conduit chez le sujet âgé est de 6 mois à 2 ans pour un premier épisode voire à plus long terme lorsqu'il s'agit d'un 3ème épisode (35).

Les soins primaires

Le terme de soins primaires, traduit de l'anglais « primary care », correspond aux soins de premiers recours ou soins de proximité. Ils se distinguent des soins spécialisés – secondaires - ou hyperspécialisés - tertiaires. Définie pour la première fois en 1978 dans la déclaration de

l'OMS d'Alma – Ata (36), cette notion fut précisée par l'American Institute of Medicine en 1996 : « les soins primaires sont des prestations de santé assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté » (37). Le médecin de santé primaire est donc le premier contact des patients avec le système de santé. En 2009, une loi française définit les missions du médecin généraliste dans le Code de santé publique : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique. Les médecins généralistes devront aussi "orienter les patients dans le système de soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins" (38,39).

Ainsi, la prise en charge des troubles dépressifs s'effectue principalement par les médecins généralistes, puisqu'ils sont à l'origine de plus des deux tiers des prescriptions d'antidépresseurs (40–44). Le Baromètre Santé 2010 montrait qu'en France, la proportion de personnes ayant consulté un médecin généraliste dans l'année pour un EDC doublait en 5 ans, passant de 20% en 2005 à 47 % en 2010 (45). Les perspectives démographiques de diminution drastique du nombre de psychiatres dans les années à venir ne peuvent qu'amplifier cette tendance. (43)

L'hypothèse principale

Le diagnostic et le traitement de la dépression en soins primaires font l'objet de recherches relativement récentes (46,47). De nombreux travaux se concentrent sur le diagnostic et le traitement insuffisants de la dépression. Le diagnostic et le traitement excessifs de la dépression font l'objet de moins d'attention alors qu'ils pourraient être au moins aussi important (47). L'augmentation constante des prescriptions d'antidépresseurs, en particulier chez le sujet âgé, fait craindre une sur prescription de ces traitements.

Nous constatons, lors de notre exercice dans le service de gériatrie de l'hôpital, que nous avons été souvent confrontés à des prescriptions d'antidépresseurs. De plus, leur motif de prescription ne semble pas toujours conforme aux recommandations.

Nous formulons l'hypothèse que la prescription d'antidépresseurs serait excessive, en soins primaires.

L'objectif principal est de vérifier dans la littérature scientifique si notre hypothèse de prescription excessive est documentée.

II. Méthode

Nous avons réalisé une revue de la littérature concernant la prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé parmi 976 articles issus des publications entre juillet 2014 et juin 2023.

La stratégie de recherche

Nous avons interrogé PubMed, moteur de recherche développé par le Centre américain pour les informations biotechnologiques (NCBI). Il donne accès à la base de données bibliographiques Medline, référence pour les sciences biomédicales, hébergée par la National Library Of Medicine (NLM) des Etats-Unis.

Les mots-clefs

Les mots-clefs de notre revue ont été traduits en termes MeSH. Le MeSH (Medical Subject Headings) est un répertoire structuré de mots-clefs biomédicaux publié par la NLM. La traduction française est disponible sur le HeTOP (Health Terminology Ontology portal) qui inclut les principales terminologies et concepts de santé. Il est développé par le CISMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française) à l'initiative du CHU de Rouen.

Les mots-clefs « antidépresseurs », « sujet âgé » et « soins primaires » ont donc été traduits en termes MeSH via le HeTOP du CISMef.

Le libellé préféré et les synonymes MeSH étaient inclus à l'équation de recherche. Pour chaque terme une recherche dans la section MeSH terms, dans la section Title/Abstract et en langage libre était réalisée.

Les rares synonymes CISMef anglais non retrouvés dans les synonymes MeSH étaient intégrés à l'équation de recherche.

Les mots-clefs étaient aussi traduits en langage libre via le traducteur en ligne DeepL. Si l'on retrouvait des termes qui n'appartenaient pas au libellé préféré ou aux synonymes MeSH, ils étaient intégrés à l'équation de recherche.

L'ensemble de la démarche a été réalisé sur les conseils d'une documentaliste de la faculté de Médecine d'Aix-Marseille Université qui a par la suite confirmé trouver le même nombre de résultats.

Enfin, si le pluriel des termes trouvés via DeepL n'était pas proposé, nous l'avons ajouté nous-même.

Les critères d'éligibilité

Cette revue de littérature incluait tout type d'article concernant l'usage d'antidépresseurs chez le sujet âgé en soins primaires.

La période choisie de sélection des articles allait de juillet 2014 à juin 2023. Nous avons supposé qu'elle pourrait apporter de nouvelles données par rapport aux dernières recommandations HAS publiées en 2017. Intitulées « Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. », elles se déclinent en deux volets : « Diagnostic » d'une part et « Prise en charge thérapeutique et suivi d'autre part » (17,32). Elles s'appuyaient en majorité sur une recherche documentaire entre janvier 2003 et juillet 2014.

Les études non disponibles dans une autre langue que l'anglais ou le français étaient exclues. Nous avons inclus les articles s'intéressant aux patients de 65 ans ou plus, ou avec une moyenne d'âge de 65 ans. En l'absence de moyenne donnée, quelques rares articles avec une médiane d'âge supérieure à 65 ans étaient inclus. Les études concernant des patients d'âge inférieur à 65 ans étaient exclues sauf si elles contenaient des données stratifiées concernant les patients âgés de 65 ans ou plus.

Nous avons exclu les articles dans lesquels les patients recevaient un traitement de la dépression autre que médicamenteux, sauf s'ils contenaient des données stratifiées concernant les thérapies médicamenteuses. Les études mentionnant l'usage de psychotropes étaient incluses si elles contenaient des données stratifiées concernant spécifiquement les antidépresseurs.

Nous avons inclus les articles concernant les patients avec un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (ou majeur). Les articles qui évoquent des patients avec des troubles mentaux autres que la dépression étaient exclus, ainsi que ceux analysant les liens entre dépression et pathologies somatiques. La démence n'était pas un critère d'exclusion.

Les articles réalisés dans le cadre des soins primaires étaient inclus. Lorsque l'origine du prescripteur n'était pas précisée, les articles concernant des sujets âgés vivant au domicile, ou en maison de retraite étaient inclus, les médecins généralistes étant dans ces situations les

principaux prescripteurs d'antidépresseurs. Pour la même raison, les articles analysant des données nationales ou régionales, et des registres de prescription étaient inclus, sauf mention contraire. Les études dont plus de la moitié des patients n'étaient pas issus d'une prise en charge de soins primaires étaient exclues. Les études lors desquelles les prescriptions étaient initiées ou interrompues en milieu hospitaliers étaient exclues.

Le critère de jugement

Le critère de jugement principal était la prescription excessive d'antidépresseur.

Le matériel

Les articles recueillis étaient traités via le logiciel de gestion de références Zotero.

La sélection des articles

976 articles ont été trouvés (509 + 467).

509 articles sont issus de la recherche PubMed initiale, dont 163 sélectionnés à la lecture du titre de l'article et de l'abstract.

L'analyse des cinq premiers « articles similaires » proposés par PubMed de ces 163 articles nous a suggéré 467 articles supplémentaires

Parmi ces 467 articles supplémentaires, 103 articles ont été sélectionnés à la lecture du titre de l'article et de l'abstract.

Parmi les 266 articles sélectionnés (163 + 103), après vérification de la langue de l'article, de l'âge des participants, de la prise d'antidépresseurs et du cadre des soins primaires, 164 articles ont été inclus.

4 articles traitaient de la sur-prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé en soins primaires.

III. Résultats

De notre revue de la littérature, nous avons retenu en premier l'article par Maust et al. publié en 2017, il s'agit d'une étude randomisée américaine évaluant la présence de critères d'EDC chez des patients de 55 ans et plus initiant un traitement par antidépresseur pour une dépression. Le recueil des données est fait sur une durée de quatre ans. L'initiation d'un traitement antidépresseur est définie par une prescription en l'absence de prise d'antidépresseur dans les six mois précédents. Les dossiers médicaux sont évalués par un médecin s'assurant que les antidépresseurs étaient prescrits pour une indication de dépression. La classification utilisée pour identifier les antidépresseurs n'est pas précisée. La présence d'un EDC est définie par le SCID, un entretien semi-structuré du DSM-IV, avec validation par un psychologue. Enfin, les patients avec troubles cognitifs (MMS inférieur à 24/30) ont été exclus. Des analyses stratifiées étaient réalisées, notamment par âge.

Parmi les 231 participants de 65 ans et plus, la majorité (57%) n'avaient pas d'EDC. Un tiers (29%) n'avaient pas même les critères d'EDC mineur selon le DSM-IV. Les patients n'ayant pas d'EDC étaient plus âgés que ceux ayant un EDC. (48)

Dans une étude cas-témoin américaine de Olfson et al. de 2016, une analyse de la prise d'antidépresseur après dépistage de la dépression a été réalisée auprès d'un échantillon de 46 417 adultes de 18 ans et plus, représentatif de la population non institutionnalisée et non militaire. Les données sont issues de deux enquêtes épidémiologiques réalisées sur deux années consécutives. Le traitement de la dépression est défini par la prise d'un psychotrope quel qu'il soit ou la réalisation d'une psychothérapie. La classification utilisée pour identifier les psychotropes n'était pas précisée. La dépression est définie au cours d'un entretien par un score au questionnaire PHQ-2 supérieur ou égal à 3. La détresse psychologique est évaluée pour estimer l'intensité de la dépression. Elle est définie comme « élevée » en cas de score supérieur à 13 à l'échelle de Kessler 6 (K6). Il n'est pas précisé si les patients déments étaient exclus. Des analyses stratifiées ont été réalisées, notamment par classe d'âge avec une catégorie concernant les 65 ans ou plus, par niveau de détresse psychologique, et par catégorie de traitement notamment antidépresseur.

Les sujets âgés déprimés avec un score de détresse psychologique peu important ou nul sont davantage traités par antidépresseurs que ceux avec un score élevé : 92.2% et 87.8%

respectivement. Parmi les sujets âgés traités pour une dépression, seul 29.9% avaient un score de dépistage de la dépression positif et 21.8% avaient un score de détresse psychologique élevé (49).

L'étude rétrospective américaine de Simon et al. publiée en 2015, traite des taux d'instauration d'antidépresseur en fonction de l'intensité de la dépression chez des sujets adultes de 18 ans et plus, sur une période d'un an. L'instauration d'un antidépresseur est définie par une nouvelle prescription sans équivalent dans les neuf mois précédents. La classification de référence américaine National Drug Codes (NDC) de la Food and Drug Administration est utilisée pour identifier les antidépresseurs. La présence d'une dépression est définie par la cotation d'un diagnostic de dépression selon la CIM-9 dans un registre informatique entre 90 jours avant et 15 jours après la délivrance de l'antidépresseur. Un score PHQ-9 est réalisé entre 15 jours avant et 3 jours après la délivrance de l'antidépresseur. Lorsque le score PHQ-9 est supérieur ou égal à 10, on parle d'un EDC modéré à sévère. Il n'a pas été précisé si les patients atteints de démence étaient exclus. Les résultats ont été notamment stratifiées par âge.

Parmi 963 patients âgés de 65 ans ou plus débutant un antidépresseur après avoir réalisé une échelle PHQ-9, 26% ont un score PHQ-9 en faveur d'un EDC minime à léger. Cette proportion double par rapport aux autres tranches d'âge inférieures à 65 ans (50).

Une étude de cohorte suédoise de 2014 par Midlöv et al. a été réalisée sur le recours aux antidépresseurs auprès de 429 résidents de 11 maisons de retraite. Cette étude a duré 1 an. La prise d'antidépresseur est mentionnée dans la base de données des structures ou des médecins généralistes en charge des patients. La classification de référence européenne Anatomic Therapeutic Chemical est utilisée pour identifier les antidépresseurs. La dépression est définie par l'enregistrement du diagnostic dans la base de données, ou par un score supérieur ou égal à 8/38 sur l'échelle de Cornell pour les patients ayant des troubles cognitifs. 9.1% des résidents avaient un diagnostic posé de dépression et 7.5% un score de Cornell ≥ 8 . 41.3% des résidents avaient un diagnostic de démence. Parmi les résidents sans diagnostic de dépression ou avec un score de Cornwell non en faveur d'une dépression, 33% étaient traité par au moins un antidépresseur. (51) Cela correspondait à 23% des résidents, la proportion exacte de patients déments n'était pas précisée.

IV. Discussion

Notre revue de littérature met en avant l'existence d'une prescription excessive d'antidépresseurs chez les personnes âgées à travers quatre études réalisées en soins primaires. Trois d'entre elles concernaient des patients non institutionnalisés et non déments. On retrouve des taux de 26 à 70.1 % de sujets âgés traités par antidépresseur en l'absence de dépression. Dans la quatrième, concernant des patients institutionnalisés incluant des déments, ce taux est de 23%. Nous avons trouvé peu de résultats sur la prescription excessive d'antidépresseurs chez la personne âgée en soins primaires. Nous n'avons pas trouvé de méta-analyse ou revue de littérature à ce sujet.

L'étude de Maust et al. montre que plus de la moitié des personnes âgées est traitée par antidépresseurs en l'absence d'épisode dépressif caractérisé et un tiers sans critère suffisant pour un trouble dépressif mineur selon le DSM-IV. Cette étude est probablement la plus proche de ce que nous avons connu dans notre pratique clinique.

La notion de prescription excessive d'antidépresseurs chez des patients avec EDC minimales ou légères est une notion relativement récente dans la littérature (52,53). Des enquêtes démographiques suggèrent que les taux de prescription d'antidépresseur dépassent la prévalence de la dépression, particulièrement chez les sujets âgés (54).

Cependant, il existe peu de travaux sur le sujet spécifiquement chez la personne âgée. Dans une étude longitudinale anglaise de 2011 auprès de 233 144 patients de 18 ans et plus sur une période de douze ans, le taux de patients traités par antidépresseurs en l'absence de diagnostic de dépression atteint jusque 72.7% selon Motjabai et Olfson. Les sujets âgés de 50 ans et plus étaient davantage concernés que leurs homologues plus jeunes, suggérant que ce taux est d'autant plus important chez les sujets âgés (55). Wiechers et al. relèvent dans leur étude de 2013 un taux de 58% auprès de 5.1 millions de personnes adultes, qui augmentait à 69% dans la tranche des 50-64 ans. Les personnes âgées de plus de 65 ans ou plus n'ont pas été incluses dans l'étude (56).

Selon une étude indienne de Pillai et al. en 2021, effectuée dans un échantillon de population générale composé de 2.796 adultes, 31% des patients étaient traités par antidépresseurs en l'absence de diagnostic d'EDC. L'article ne mentionne pas de chiffre spécifiquement pour le sujet âgé (57).

En 2011, Pagura et al. allaient dans leur publication jusqu'à chercher des critères de dépression dans la totalité de la vie des patients. Ils trouvent que 26.3% des personnes sous antidépresseur n'avaient jamais eu de dépression. Ils n'analysent pas spécifiquement les individus âgés (58).

Certaines études ont recherché la présence de dépression dans l'année précédente, voire même pendant toute la vie des patients interrogés (55,58,59). Il est reproché à ces études rétrospectives une surestimation du traitement excessif de la dépression du fait du biais de mémorisation des patients. Dans leur étude de 2015, Takayanagi et al. ont limité ce biais en répétant à quatre reprises l'entretien évaluant les antécédents de dépression, au lieu d'un seul classiquement. La moyenne d'âge des 1.074 participants était de 58.9 ans. 13% prennent un antidépresseur, au sein desquels 69% n'ont jamais rempli les critères d'EDC au cours de leur vie (60).

Ces données sont opposées à celles en faveur d'une sous-prescription d'antidépresseur dans la population, en particulier chez les sujets âgés (61,62).

Les outils de diagnostic de dépression et de mesure d'intensité varient selon les études. De ce fait des biais de sélection peuvent varier entre les études en fonction des critères choisis.

La méthodologie diagnostique de Maust et al. utilise l'entretien SCID (**Annexe 3**), qui applique les critères du DSM, ensuite validé par un psychologue.

Simon et al. ont recours au score PHQ-9 qui au-delà de 10/ 27 suggère une intensité modérée à sévère de la dépression.

Olfson et al. ont quant à eux recours au score PHQ-2 et introduisent le score de détresse psychologique K6 pour pallier à l'évaluation de l'intensité de la dépression (49).

Midlöv et al. ont cherché le diagnostic de dépression de façon rétrospective dans les logiciels médicaux des structures étudiées et utilisaient le score de Cornell puisqu'une partie des patients sont atteints de démence.

En ce qui concerne les échelles de dépistage (**Annexe 4**) elles ne sont pas conçues pour poser un diagnostic de dépression. Ce sont des outils de dépistage validés mais peu étudiés chez le sujet âgé. La HAS recommande en 2017 l'usage de la GDS-15 dans cette population (17). Les deux études ayant recours au PHQ ont été réalisées en population générale. Il est intéressant

d'analyser les données stratifiées concernant la population gériatrique mais elles contiennent un biais de mesure, ce qui pourrait sous-estimer la dépression mesurée.

La variété d'outils de mesure de dépression employés explique les écarts trouvés entre les études et rend difficile une extrapolation des résultats. Les échelles de dépistage permettent de réaliser des études de plus grande envergure, d'autant plus qu'ils sont courts, mais la sensibilité des résultats s'éloigne de la pratique clinique. Cela apparaît comme une importante limite des échelles de dépistage de dépression utilisées dans les études longitudinales.

Quand bien même les critères DSM sont employés pour diagnostiquer un EDC, la dépression du sujet âgé restera probablement sous-évaluée dans les études. Ces critères ne prennent pas en compte les symptômes affectifs classiquement plus atypiques, ni les symptômes fonctionnels pourtant reconnus comme appartenant à ceux de la dépression du sujet âgé (17). On peut ainsi penser qu'il y a plus de personnes âgées déprimées qu'évalué dans les études, ce qui pourrait correspondre à une surévaluation des prescriptions excessives.

Les classifications utilisées pour identifier les traitements antidépresseurs ne sont pas mentionnées dans deux études américaines mais l'existence de la National Drug Codes (NDC) laisse penser que l'identification des traitements suit la même méthode.

Olfson et al. ont une définition large du traitement de la dépression mais indiquent que selon le niveau de stress, 87.8% à 92.2% des patients ont reçu un antidépresseur.

Midlöv et al. quant à eux recherchent la présence d'un antidépresseur dans leur base de données mais ne précisent pas la notion d'instauration du traitement au moment du diagnostic de dépression. Parmi les sujets ayant un traitement antidépresseur et considérés non déprimés, une part de patient en rémission ne peut être exclue (50), ce qui supposerait une possible surestimation des sur-prescriptions.

Les études ayant recours au PHQ et au K6 ne précisent pas l'exclusion de sujets atteints de démence mais la réalisation de ces deux échelles nécessite d'avoir des capacités cognitives suffisantes. Il ne semble ainsi pas y avoir de donnée concernant les patients atteints de démence mais non institutionalisés. Cela peut s'expliquer par la difficulté intrinsèque à leur maladie d'avoir un suivi médical optimal mais aussi par le fait que la plupart des suivis de ces patients, souvent réalisés en centre mémoire, échappent aux données des soins primaires.

Les antidépresseurs peuvent avoir d'autres indications que le traitement de la dépression (63). Peu d'articles le mentionnent en dehors de. Maust et al.

Les études sélectionnées n'explorent ni la durée de traitement, ni l'observance des patients. Or on retrouve dans la littérature des éléments en faveur de durées de traitement insuffisantes et d'inobservance des antidépresseurs – bien que moindres chez les personnes âgées (64,65). Du fait de ces deux phénomènes, les prescriptions excessives sont donc, à l'insu des prescripteurs, potentiellement moins importantes qu'annoncé.

Les médecins généralistes sont à l'origine de 60 à 89% des prescriptions d'antidépresseurs (66). Les autres prescripteurs sont essentiellement composés de spécialistes psychiatres et gériatre. Certaines études suggèrent que les patients avec un niveau plus élevé de stress, davantage de symptômes de dépression et davantage de critères DSM de dépression sont plus facilement traités par antidépresseurs s'ils consultent un psychiatre qu'un médecin généraliste (59).

Les prescriptions d'antidépresseurs sont en constante augmentation (28). Nous avons d'ailleurs trouvé au cours de notre recherche plusieurs études en témoignant (67), notamment chez le sujet âgé (68,69). La « démocratisation » des ISRS depuis les années 1990 par la facilité d'usage, du fait notamment de leurs moindres effets secondaires par rapport à d'autres classes d'antidépresseurs comme les tricycliques (davantage employés avant l'avènement des ISRS), est un facteur expliquant une prescription importante d'antidépresseurs (70,71). La prescription excessive d'antidépresseurs a certainement pris de l'ampleur avec la généralisation du dépistage de la dépression, portée par différents plans de santé mentale et recommandations des deux dernières décennies (72). Cela expose au diagnostic abusif de dépression. Dans une étude publiée en 2013, Motjabai R. montre que parmi 5.639 sujets âgés de 65 ans et plus avec un diagnostic de dépression identifié par leur médecin, seulement 14.3% répondent aux critères DSM d'EDC, en analyse multivariée. Ces chiffres restent inférieurs à ceux des adultes plus jeunes (73).

Il y a souvent une discordance entre la théorie et la pratique. Des indications plus spécifiques de traitement des EDC légers ne sont pas prises en compte, comme par exemple un début de

rechute après arrêt d'un traitement bien conduit. Simon et al. estiment que ce type d'exception représente 15% des situations cliniques, chiffre qui semble arbitraire en l'absence de référence ou de donnée mentionnée. Ce pourcentage est identique au taux d'instauration d'antidépresseur en l'absence d'EDC, retrouvé dans la population générale (15%). Ils concluent donc que la sur-prescription constatée n'aurait pas d'impact clinique. Ce taux d'instauration d'antidépresseur en l'absence d'EDC est cependant supérieur chez les sujets âgés (26%), rendant caduque cette hypothèse d'absence d'impact clinique dans cette population.

Maust et al. rappellent que certains prescripteurs traitent par antidépresseur pour des symptômes sous-syndromiques, c'est-à-dire sans EDC à proprement parler. Bien que ces symptômes aient un impact significatif sur le fonctionnement, la mortalité et les coûts des soins de santé chez les personnes âgées, il n'y aucune preuve que les antidépresseurs soient bénéfiques pour ces symptômes (48).

Les deux phénomènes de sur et sous-prescription coexistent ; le concept de prescription inadéquate est peut-être plus adapté. L'étude de Olfson et al. de 2016 l'illustre. En miroir aux chiffres déjà énoncés qui suggèrent une sur-prescription, l'auteur trouve que seulement 28.7% des adultes avec un score de dépistage de la dépression positif recevaient un traitement antidépresseur. Pillai et al. apportent une nouvelle précision dans leur étude de 2021 (49). Leurs résultats suggèrent une prescription insuffisante d'antidépresseurs chez les patients avec une dépression modérée à sévère en opposition à une prescription excessive chez ceux avec une dépression légère ou sans diagnostic de dépression (57).

Le cortège d'effets secondaires des antidépresseurs n'est pas négligeable (71). Une sur-prescription est nécessairement associée à des effets collatéraux délétères, particulièrement chez l'individu âgé. Le manque de données scientifiques chez la personne âgée n'est pas la panacée de notre sujet de recherche mais nous a paru flagrant dans le domaine de la prescription excessive d'antidépresseurs. Il est nécessaire de mobiliser des moyens pour étudier et mieux comprendre ce phénomène.

De façon plus globale, aussi bien dans une perspective d'amélioration des pratiques que d'affiner les interprétations des études scientifiques, il paraît judicieux de réfléchir à la réalisation de critères diagnostiques de dépression plus spécifiques du sujet âgé.

V. Limites

Bien que le sujet de cette revue nous ait paru récent, le fait de s'être limité à une période de recherche de neuf années (les articles les plus récents) réduit nos données. Nous n'avons pas trouvé de revue ou méta-analyse à ce sujet.

Les données ont été extraites d'une seule base de données scientifiques et par une seule personne. Il existe donc à la fois un biais de sélection et d'interprétation.

Les patients entre 60 et 65 ans n'ont pas été inclus. Ce choix a été réalisé car la plupart des études considèrent une personne âgée à partir de 65 ans. Il n'y a cependant pas de consensus à ce sujet et l'OMS retenant l'âge de 60 ans. Il existe donc possiblement des données manquantes sur cette tranche de cinq années.

Nous avons choisi de limiter notre champ de recherche à la prescription d'antidépresseurs pour une indication de dépression. Même si elles sont minoritaires ou hors-AMM, les études en lien avec d'autres indications des antidépresseurs n'ont pas été analysées.

La lecture des bibliographies des études sélectionnées met en avant l'existence d'autres sources qui auraient réunis la plupart des critères d'inclusion. Nous pensons que le choix d'utiliser le terme « soins primaires » dans notre équation de recherche a pu limiter nos résultats. L'emploi du terme « sur-prescription » (« over-prescribing ») aurait pu être envisagé.

VI. Conclusion

Notre revue de littérature met en lumière des travaux qui montrent une prescription excessive d'antidépresseurs chez le sujet âgé en soins primaires. Les preuves scientifiques sont cependant encore trop insuffisantes pour affirmer une telle pratique de manière objective.

Il est du devoir du médecin de ne pas nuire – primum non nocere. Il est donc indispensable de poursuivre des recherches méthodologiquement robustes pour préciser le phénomène de sur-prescription et éviter notamment son lot d'effets secondaires inutiles. Cette notion va à l'encontre de l'idée communément admise que la dépression est insuffisamment traitée, en particulier chez le sujet âgé. Il est en fait possible que ces deux notions coexistent, suggérant une prescription inadéquate d'antidépresseur chez le sujet âgé.

Tant que les critères diagnostiques de dépression chez la personne âgée ne seront pas plus précis, toute implication clinique sera à faire avec précaution.

VII. Bibliographie

1. La santé des personnes âgées : Rapport d'un comité d'experts. Genève: Organisation mondiale de la santé (OMS); 1989 p. 1-112. (Série de rapports techniques). Report No.: 779.
2. Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of "elderly". *Geriatr Gerontol Int.* 2006;6(3):149-58.
3. Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées. Commission nationale consultative des droits de l'homme; 2013 juill p. 1-8. Report No.: Journal officiel de la république française n° 0176.
4. Haute Autorité de santé. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les seniors de 55 ans et plus. Haute Autorité de santé; 2014 p. 1-44.
5. Villard R, Breuil P. Recueil statistique du régime général : données 2021. Paris: Caisse nationale assurance vieillesse; 2022 déc p. 1-160.
6. Read J, Gibson KL, Cartwright C. Are older people prescribed antidepressants on the basis of fewer symptoms of depression, and for longer periods of time? A survey of 1825 New Zealanders. *Australas J Ageing.* sept 2016;35(3):193-7.
7. Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel, E, et al. L'état de santé de la population en France. DRESS; 2022 p. 1-70. (Les dossiers de la DRESS). Report No.: 102.
8. Algava E, Blanpain N. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. nov 2021;(n° 1881):4 p.
9. Dépression: parlons-en [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
10. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
11. Léon C. Prevalence of depressive episodes in France among 18-85 year-olds: Results from the 2021 Health Barometer survey. *Santé Publique Fr.* fvrier 2023;2:27-40.
12. CIM-11 :Classification Internationale des Maladies pour les statistiques de mortalité et de morbidité. Onzième révision. Organisation mondiale de la santé; 2019. 2677 p.
13. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1275 p.
14. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ.* 28 sept 2011;343:d5219.
15. Bonin-Guillaume S, Benoit M. Dépression. Chapitre 64. Partie III. In: *Gériatrie pour le praticien.* Elsevier-Masson. 2019. p. 580-8.
16. Tayaa S, Berrut G, Seigneurie AS, Hanon C, Lestrade N, Limosin F, et al. Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé [Diagnosis and management of depression in the elderly]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2020;29 p.

17. Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Diagnostic. Argumentaire. Paris; 2017 oct p. 331 p.
18. Service des recommandations et références professionnelles. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire : recommandations pour la pratique clinique. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES); 2002 mai p. 1-13.
19. Burke AD, Goldfarb D, Bollam P, Khokher S. Diagnosing and Treating Depression in Patients with Alzheimer's Disease. *Neurol Ther.* déc 2019;8(2):325-50.
20. Morimoto SS, Kanellopoulos D, Manning KJ, Alexopoulos GS. Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late life. *Ann N Y Acad Sci.* mai 2015;1345(1):36-46.
21. Dubois B, Michon A. Démences. Doin. John Libbey Eurotext; 2015. (Traité de neurologie).
22. Chew-Graham C, Gask L, Shiers D, Kaiser P. Management of Depression in Older People: Why this is Important in Primary Care. 2014 Update. Royal College of General Practitioners (RCGP) & Royal College of Psychiatrists; 2014 juin.
23. 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.
24. The Guide to Clinical Preventive Services 2014: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014. (US Preventive Services Task Force Guides to Clinical Preventive Services).
25. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ Can Med Assoc J.* 8 avr 2008;178(8):997-1003.
26. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord.* sept 2010;125(1-3):10-7.
27. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry.* 1 févr 1988;23(3):271-84.
28. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD; 2021. 1-272 p. (Health at a Glance).
29. de Ladoucette O. Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir. 2011 p. 1-38.
30. 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. Paris: AFSSAPS; 2006 p. 110.
31. Bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte : mise au point. Paris: Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS); 2005 avr p. 1-4.
32. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Prise en charge thérapeutique et suivi. Argumentaire. Paris; 2017 oct p. 380 p.

33. Bonin-Guillaume S, Blin O. Thérapeutiques biologiques de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2004;2(1):61-8.
34. Mulsant BH, Blumberger DM, Ismail Z, Rabheru K, Rapoport MJ. A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression. *Clin Geriatr Med*. août 2014;30(3):517-34.
35. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*. 23 mai 2017;317(20):2114-22.
36. Conférence internationale sur les soins de santé primaires : déclaration d'Alma-Ata [Internet]. Alma - Ata: Organisation mondiale de la santé (OMS); 1978 [cité 7 sept 2023] p. 3 p. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
37. Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care. Primary Care: America's Health in a New Era. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 1996.
38. Société française de médecine générale. Fiche n°3 : Les soins primaires [Internet]. Disponible sur: https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf
39. Légifrance. Médecin généraliste de premier recours et médecins spécialistes de premier ou deuxième recours. (Articles L4130-1 à L4130-2) [Internet]. Code de la santé publique janv 28, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
40. Kap E, Kostev K. The role of general practitioners and psychiatrists in issuing initiation and follow-up prescriptions for selective serotonin (norepinephrine) reuptake inhibitors in Germany. *Int J Clin Pharmacol Ther*. juill 2019;57(7):329-33.
41. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med*. 1 déc 2009;151(11):793-803.
42. Xierali IM, Tong ST, Petterson SM, Puffer JC, Phillips RL, Bazemore AW. Family physicians are essential for mental health care delivery. *J Am Board Fam Med JABFM*. 2013;26(2):114-5.
43. Frémont P, Gérard A, Sechter D, Vanelle JM, Vidal M. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. *L'Encéphale*. avr 2008;34(2):205-10.
44. Iden KR, Engedal K, Hjorleifsson S, Ruths S. Prevalence of depression among recently admitted long-term care patients in Norwegian nursing homes: associations with diagnostic workup and use of antidepressants. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2014;37(3-4):154-62.
45. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *Sante Homme*. oct 2012;(421):43-5.
46. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. janv 2008;23(1):25-36.
47. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 22 août 2009;374(9690):609-19.

48. Maust DT, Sirey JA, Kales HC. Antidepressant Prescribing in Primary Care to Older Adults Without Major Depression. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 mai 2017;68(5):449-55.
49. Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of Adult Depression in the United States. *JAMA Intern Med*. 1 oct 2016;176(10):1482-91.
50. Simon GE, Rossom RC, Beck A, Waitzfelder BE, Coleman KJ, Stewart C, et al. Antidepressants are not over-prescribed for mild depression. *J Clin Psychiatry*. déc 2015;76(12):1627-32.
51. Midlöv P, Andersson M, Ostgren CJ, Mölstedt S. Depression and use of antidepressants in Swedish nursing homes: a 12-month follow-up study. *Int Psychogeriatr*. avr 2014;26(4):669-75.
52. Spence D. Are antidepressants overprescribed? Yes. *BMJ*. 22 janv 2013;346:f191.
53. Middleton H, Moncrieff J. « They won't do any harm and might do some good »: time to think again on the use of antidepressants? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. janv 2011;61(582):47-9.
54. Hollingworth SA, Burgess PM, Whiteford HA. Affective and anxiety disorders: prevalence, treatment and antidepressant medication use. *Aust N Z J Psychiatry*. juin 2010;44(6):513-9.
55. Mojtabai R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Aff Proj Hope*. août 2011;30(8):1434-42.
56. Wiechers IR, Leslie DL, Rosenheck RA. Prescribing of psychotropic medications to patients without a psychiatric diagnosis. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 déc 2013;64(12):1243-8.
57. Pillai A, Keyes KM, Susser E. Antidepressant prescriptions and adherence in primary care in India: Insights from a cluster randomized control trial. *PLoS One*. 2021;16(3):e0248641.
58. Pagura J, Katz LY, Mojtabai R, Druss BG, Cox B, Sareen J. Antidepressant use in the absence of common mental disorders in the general population. *J Clin Psychiatry*. avr 2011;72(4):494-501.
59. Mojtabai R, Olfson M. National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. *J Clin Psychiatry*. juill 2008;69(7):1064-74.
60. Takayanagi Y, Spira AP, Bienvenu OJ, Hock RS, Carras MC, Eaton WW, et al. Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in a community sample: results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *J Clin Psychiatry*. janv 2015;76(1):40-4.
61. Unützer J, Katon W, Sullivan M, Miranda J. Treating depressed older adults in primary care: narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *Milbank Q*. 1999;77(2):225-56, 174.
62. Sanglier T, Saragoussi D, Milea D, Tournier M. Depressed older adults may be less cared for than depressed younger ones. *Psychiatry Res*. 30 oct 2015;229(3):905-12.
63. Camacho-Arteaga LF, Gardarsdottir H, Ibañez L, Souverein PC, van Dijk L, Hek K, et al. Indications related to antidepressant prescribing in the Nivel-PCD database and the SIDIAP database. *J Affect Disord*. 15 avr 2022;303:131-7.

64. Etchepare F, Pambrun E, Verdoux H, Tournier M. Trends in patterns of antidepressant use in older general population between 2006 and 2012 following publication of practice guidelines. *Int J Geriatr Psychiatry*. août 2017;32(8):849-59.
65. Etchepare F, Sanglier T, André M, Verdoux H, Tournier M. Antidepressant treatment patterns in younger and older adults from the general population in a real-life setting. *Int J Geriatr Psychiatry*. sept 2014;29(9):928-35.
66. Fagot JP, Cueurq A, Samson S, Fagot-Campagna A. Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up. *Int J Clin Pract*. sept 2016;70(9):744-51.
67. Noordam R, Aarts N, Verhamme KM, Sturkenboom MCM, Stricker BH, Visser LE. Prescription and indication trends of antidepressant drugs in the Netherlands between 1996 and 2012: a dynamic population-based study. *Eur J Clin Pharmacol*. mars 2015;71(3):369-75.
68. Arthur A, Savva GM, Barnes LE, Borjian-Borojeny A, Denning T, Jagger C, et al. Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. janv 2020;216(1):49-54.
69. Gomez-Lumbreras A, Ferrer P, Ballarín E, Sabaté M, Vidal X, Andretta M, et al. Study of antidepressant use in 5 European settings. Could economic, sociodemographic and cultural determinants be related to their use? *J Affect Disord*. 15 avr 2019;249:278-85.
70. 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 : Third Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2010 p. 1-152.
71. Santarsieri D, Schwartz TL. Antidepressant efficacy and side-effect burden: a quick guide for clinicians. *Drugs Context*. 2015;4:212290.
72. J U, W K, Cm C, Jw W, E H, L H, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 12 nov 2002;288(22).
73. Mojtabai R. Clinician-identified depression in community settings: concordance with structured-interview diagnoses. *Psychother Psychosom*. 2013;82(3):10.
74. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. déc 1994;44(12):2308-14.
75. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Paris: Haute Autorité de Santé; p. 1-3.
76. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Paris: Haute Autorité de Santé; 2011 déc p. 1-49.
77. First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). In: *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. 1-6.

VIII. Annexes

Annexe 1. Diagnostic de dépression selon les classifications de la CIM-11 et du DSM-V-TR.

Classification	CIM-11 (Organisation Mondiale de la Santé, 2019)	DSM-V-TR (American Psychiatric Association, 2022)
Terme employé	Episode dépressif unique	Trouble ou épisode dépressif caractérisé
Durée	Au moins 2 semaines continues	Pendant une même période d'une durée de 2 semaines
Fréquence	La majeure partie de la journée, presque tous les jours	Quasiment toute la journée, presque tous les jours
Précisions autres	- X - X	<u>- Signalé par la personne ou observé par les autres,</u> <u>- Changement par rapport au fonctionnement antérieur</u>
Symptômes obligatoires (2) (au moins 1 parmi :)	- Humeur dépressive, - Diminution de l'intérêt pour les activités	- Humeur dépressive - Diminution marquée de l'intérêt <u>ou du plaisir</u> pour toutes ou presque toutes les activités
Symptômes associés communs (9)	- Difficultés de concentration, - Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, - Pensées récurrentes de mort ou de suicide, - Modifications de l'appétit, - Modifications du sommeil, - Agitation ou un retard psychomoteur, - Baisse d'énergie ou une fatigue	- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer <u>ou indécision,</u> - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, - Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider., - Diminution ou augmentation de l'appétit, <u>ou perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime,</u> - Insomnie ou hypersomnie, - Agitation ou ralentissement psychomoteur, - Fatigue ou perte d'énergie

Symptômes associés distincts (1)	- <u>Désespoir</u>	- X
Impact au quotidien	- X	<u>Détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</u>
Critères d'exclusion	<p>- <u>Pas d'antécédent d'épisodes dépressifs antérieurs,</u></p> <p>- Pas d'antécédent d'épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes antérieurs,</p> <p>- X</p> <p>- X</p>	<p>- X</p> <p>- Jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.</p> <p>- <u>Pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.</u></p> <p>- <u>Non imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.</u></p>
Intensité	<p>- Léger : la personne est généralement <u>bouleversée</u> par les symptômes ;</p> <p>et a des <u>difficultés à continuer à fonctionner dans un ou plusieurs domaines (personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants),</u></p> <p>- Modéré : <u>plusieurs symptômes d'un épisode dépressif sont présents à un degré marqué, ou un grand nombre de symptômes dépressifs de moindre gravité</u> sont présents dans l'ensemble. L'individu a généralement des difficultés considérables à fonctionner dans plusieurs domaines.</p>	<p>- Léger : Peu, ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ;</p> <p>la gravité des symptômes est à l'origine d'un <u>sentiment de détresse mais qui reste gérable</u>, et les symptômes sont à l'origine d'une <u>altération mineure du fonctionnement social ou professionnel,</u></p> <p>- Moyen : Le nombre et la gravité des symptômes et/ou de l'altération du fonctionnement sont <u>compris entre « léger » et « grave »</u>,</p>

	<p>- Grave (ou sévère) : <u>plusieurs ou la plupart des symptômes d'un épisode dépressif sont présents à un degré marqué, ou un plus petit nombre de symptômes sont présents et se manifestent à un degré intense.</u></p> <p>L'individu a de sérieuses difficultés à continuer à fonctionner dans la plupart des domaines (personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants).</p>	<p>- Grave : <u>Le nombre de symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic ;</u></p> <p>La gravité des symptômes est à l'origine d'une <u>souffrance importante et ingérable et les symptômes perturbent nettement le fonctionnement social ou professionnel.</u></p>
Éléments psychotiques	Avec ou sans symptômes psychotiques	Avec ou sans caractéristiques psychotiques
Rémission	<p>- Partielle : Tous les critères de définition d'un épisode dépressif ne sont plus satisfaits mais certains symptômes thymiques significatifs demeurent,</p> <p>- Complète : il n'y a plus de symptôme thymique significatif.</p>	<p>- Partielle : Certains des symptômes du dernier épisode dépressif caractérisé sont présents mais les critères complets ne sont pas remplis, <u>ou il existe une période d'une durée inférieure à 2 mois sans aucun symptôme significatif d'un épisode dépressif caractérisé persistant après la fin de l'épisode,</u></p> <p>- Complète : Il n'existe aucun signe ou symptôme significatif de l'affection <u>depuis 2 mois.</u></p>
Récurrence	Antécédent ou au moins deux épisodes dépressifs séparés <u>par plusieurs mois</u> sans trouble significatif de l'humeur.	Intervalle <u>d'au moins 2 mois consécutifs</u> entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis.

Comparaison des classifications de la CIM-11 et du DSM-V-TR.

Les termes en gras soulignés mettent en avant les différences entre les deux classifications.

Le DSM-V-TR ne comporte pas de modification de la définition du trouble dépressif caractérisé par rapport au DSM-V.

Le deuil était un critère d'exclusion de l'épisode dépressif caractérisé dans la CIM-10 et le DSM-IV ; dans le DSM-V, ce n'est plus le cas.

Annexe 2. Apathie

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?
3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?
4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?
7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie/indifférence.

FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois : moins d'une fois par semaine. **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine. **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

DEGRÉ DE GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'apathie est perceptible mais a peu de conséquences sur les activités quotidiennes ; la différence est légère par rapport au comportement habituel du patient/de la patiente ; le patient/la patiente réagit positivement lorsqu'on lui suggère d'entreprendre des activités. **1**

Moyen : l'apathie est flagrante ; elle peut être surmontée grâce aux persuasions et encouragements de la personne s'occupant du patient/de la patiente ; elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. **2**

Important : l'apathie est flagrante et la plupart du temps aucun encouragement ni événement extérieur ne parvient à la faire disparaître. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

Pas du tout 0 **Minimum** 1 **Légèrement** 2 **Modérément** 3 **Sévèrement** 4 **Très sévèrement, extrêmement** 5

Item apathie de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) (74).

D'après des recommandations HAS 2011 synthétisées en 2014 (75,76):

La recherche de 4 critères diagnostiques permet de caractériser l'apathie :

(A) perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du patient ;

(B) durée des symptômes affectant l'action, la cognition et/ou l'émotion persistant durant au minimum 4 semaines ;

(C) souffrance ou interférence avec la vie sociale et occupationnelle ;

(D) absence de handicap physique (cécité, surdité), de troubles moteurs, de réduction du niveau de conscience ou d'effets physiologiques directs d'une substance (médicaments, abus de toxique).

Il est recommandé d'utiliser l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) pour évaluer l'apathie.

Selon le lieu de vie, les versions suivantes du NPI peuvent être utilisées : à domicile : NPI ou NPI-R (réduit), renseigné par le proche aidant ou un professionnel ; en établissement : NPI-ES (équipe soignante), renseigné par les soignants.

L'inventaire apathie (IA) permet en complément une auto et une hétéroévaluation des composantes symptomatiques de l'apathie.

Annexe 3. Outil de diagnostic de dépression.

Structured Clinical Interview (SCID-5) for DSM-V : Entretien clinique structuré pour le DSM-V (77).

Actualisé en 2013 et traduit en français en 2016, l'axe I (troubles majeurs cliniques) du SCID est un examen diagnostique utilisé pour déterminer les troubles de l'axe I du DSM-V. Instrument de diagnostic utilisé dans de nombreuses études, il a été traduit dans d'autres langues. Une évaluation SCID Axe I prend généralement entre 30 minutes et 2 heures, selon la complexité des antécédents psychiatriques du sujet et sa capacité à décrire clairement les épisodes de symptômes actuels et passés.

L'instrument a été conçu pour être administré par un professionnel de la santé mentale, par exemple un psychologue ou un psychiatre. Il doit s'agir d'une personne ayant une formation professionnelle pertinente et une expérience dans la réalisation d'évaluations diagnostiques non structurées et ouvertes. Cependant, aux fins de certaines études de recherche, des assistants de recherche non cliniciens, qui ont une vaste expérience avec la population étudiée en question et qui ont démontré leurs compétences, ont été formés à l'utilisation du SCID. Moins l'expérience clinique et la formation spécifique de l'intervieweur potentiel est limitée, plus la formation requise est importante.

Annexe 4. Echelles de dépistage de dépression.

1. Globalement, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non ⁽¹⁾
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux domaines d'intérêts ?	oui ⁽¹⁾	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui ⁽¹⁾	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui ⁽¹⁾	non
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non ⁽¹⁾
6. Avez-vous peur qu'un malheur puisse vous arriver ?	oui ⁽¹⁾	non
7. Etes vous heureux (se) la plupart du temps ?	oui	non ⁽¹⁾
8. Vous sentez-vous souvent désespéré(e) ?	oui ⁽¹⁾	non
9. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose de nouveau ?	oui ⁽¹⁾	non
10. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui ⁽¹⁾	non
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non ⁽¹⁾
12. Avez-vous le sentiment que votre vie actuelle n'en vaut pas la peine ?	oui ⁽¹⁾	non
13. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non ⁽¹⁾
14. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui ⁽¹⁾	non
15. Pensez-vous que la plupart des gens sont mieux loti que vous ?	oui ⁽¹⁾	non

* Forme abrégée en 15 items ; d'après ^(24,25).

Echelle Geriatric Depression Scale de Yesavage à 15 items (GDS-15) (23).

D'après les recommandations HAS 2017 sur l'épisode dépressif caractérisé chez l'adulte (17) : Elle a été conçue pour être un outil simple à administrer au sujet âgé et ne comporte pas d'items concernant la pathologie somatique.

La passation se fait en auto-questionnaire ou en hétéro-questionnaire. L'évaluation concerne la semaine écoulée. Cette échelle a pour objectif de mesurer les syndromes dépressifs du sujet âgé. La durée de passation est de cinq minutes à dix minutes. Cette échelle a été validée dans sa version longue pour être administrée par téléphone.

C'est la version à 15 items que l'on peut utiliser pour aider le clinicien à faire un dépistage mais aussi un suivi de dépression dont il conviendra de confirmer diagnostic.

Compter 1 si la réponse est « non » aux questions 1, 5, 7, 9, 13, et « oui » aux autres. Le score total est la somme des cotations, il varie de 0 à 30.

Les seuils du questionnaire sont : 0 à 5 : absence de dépression ; à partir de 6 : probabilité d'une dépression.

Il n'est pas possible de faire un diagnostic d'état dépressif avec cette échelle. Ce sont seulement les critères diagnostiques (DSM-V-TR ou CIM-11) qui permettront d'affirmer une dépression et de la caractériser. Cette échelle n'est pas adaptée aux sujets présentant une détérioration cognitive. Le patient doit être jugé apte à répondre aux questions sans anosognosie. C

(PHQ -9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout
difficile(s)

Assez
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Echelle Patient Health Questionnaire à 9 items (PHQ-9).

D'après les recommandations HAS 2017 sur l'épisode dépressif caractérisé chez l'adulte (17) : Le PHQ est recommandé pour le dépistage de l'EDC de l'adulte mais pas du sujet âgé. Il permet d'évaluer l'intensité de la dépression.

La dépression est : Absence entre 0-4 points, légère entre 5-9 points, modérée entre 10-14 points, modérément sévère entre 15-19 points, sévère : 20-27 points.

Le PHQ a l'avantage de disposer de deux formes. Le PHQ-2 peut être utilisé comme outil d'aide au repérage d'un EDC. Si son score est ≥ 2 , il peut être complété par le PHQ-9 pour améliorer la spécificité.

Les outils de détection comme le PHQ doivent être utilisés pour améliorer le diagnostic. Ils ne remplacent pas l'entretien clinique.

Échelle de Cornell	
Nom du patient: _____	Age: _____
Date: _____	Sexe: _____
Nom et statut de l'accompagnateur: _____	

Les évaluations devraient être basées sur les symptômes et les signes survenus au cours de la semaine précédant l'entretien. Aucun point ne devrait être accordé si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie.

	Impossible à évaluer	Absent	Modéré ou intermittent	Sévère
A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR				
1. Anxiété: expression anxieuse, rumination, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse: expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité: facilement contrarié, coléreux	a	0	1	2
B. TROUBLES DU COMPORTEMENT				
5. Agitation: ne peut rester en place, se tort les mains, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement : des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques (indiquer 0 si symptômes gastro-intestinaux)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt: moins d'implication dans les activités habituelles (compter seulement si le changement est survenu brusquement, ex. il y a moins d'un mois)	a	0	1	2
C. SYMPTÔMES PHYSIQUES				
9. Perte d'appétit: mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids (indiquer 2 si supérieur à 2.5kg en 1mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie: se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (compter seulement si le changement est survenu brusquement, ex. il y a moins d'un mois)	a	0	1	2
D. FONCTIONS CYCLIQUES				
12. Variation de l'humeur durant la journée: symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés à s'endormir: plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils fréquents durant le sommeil	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce: plus tôt que d'habitude	a	0	1	2
E. TROUBLES IDÉATOIRES				
16. Suicide: pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir, ou a fait une tentative de suicide	a	0	1	2
17. Faible estime de soi: autoaccusation, autodépréciation, sentiments d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme: anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes liées à l'humeur: délires de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2

(Cornell Scale for Depression in Dementia. Biological Psychiatry 1988;23:271-84.)

Echelle de Cornell (27).

D'après les recommandations HAS 2017 sur l'épisode dépressif caractérisé chez l'adulte (17) :

Cette échelle est utile chez les patients souffrant de démence qui ne sont plus capables de s'autoévaluer (MMSE <22).

Il s'agit d'une échelle d'hétéroévaluation courte en 19 items et facile à utiliser. Elle a été initialement développée chez les patients en institution, puis également pour les patients vus en ambulatoire. Cette échelle présente l'avantage d'être peu sensible à la détérioration cognitive, et elle a donc, de ce fait, une bonne sensibilité dans la démence modérée à sévère. C'est une échelle qui demande une formation du médecin. Elle est conçue pour être utilisée par des cliniciens formés et expérimentés en psychiatrie et/ou en psychologie. Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien. Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique. L'investigateur doit coter selon ce qu'il connaît du sujet et compléter, si besoin, les items qu'il ne peut évaluer en consultant l'aidant habituel du patient. La cotation de l'échelle nécessite un informant qui connaisse bien le patient. Le temps de passation est assez long : de 10 minutes avec le patient et 20 minutes avec le soignant.

Le score seuil pour penser à un syndrome dépressif est de 10 / 38.

Aucune étude ne fournit de données valides de sensibilité, spécificité.

Annexe 5. Echelle de détresse psychologique

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des **30 derniers jours**. Pour chaque question, veuillez cliquer sur le cercle de la réponse correspondant le mieux au nombre de fois où vous avez éprouvé ce sentiment.

Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous eu le sentiment...

	Tout le temps	La plupart du temps	Une partie du temps	Pas souvent	Jamais
1. ... d'être nerveux/nerveuse ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... d'être désespéré(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... d'être agité(e) ou incapable de tenir en place ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... d'être tellement déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... que tout vous demandait un effort ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... de n'être bon(ne) à rien ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les questions qui suivent portent sur ton état au **cours de la dernière semaine**. Pour chaque question, encercle le numéro qui décrit le mieux la fréquence de cet état.

Au cours des 7 derniers jours, combien de fois avez-vous eu le sentiment...

	Tout le temps	La plupart du temps	Une partie du temps	Pas souvent	Jamais
1. ... d'être nerveux/nerveuse ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... d'être désespéré(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... d'être agité(e) ou incapable de tenir en place ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... d'être tellement déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... que tout vous demandait un effort ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... de n'être bon(ne) à rien ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Echelle de Kessler à 6 items (K6).

L'échelle de détresse psychologique de Kessler à 6 items (K6) est un instrument de mesure de la détresse psychologique non spécifique. Il porte sur les symptômes associés à la dépression et à l'anxiété au cours des 7 ou des 30 derniers jours.

Le score est obtenu entre 0 et 30. Plus il est élevé, plus la détresse psychologique et mentale est prononcée.

IX. Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies, 11e révision

DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5è version

EDC : épisode dépressif caractérisé

GDS : Geriatric Depression Scale

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

IRSNa : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

K6 : échelle de Kessler 6

MMSE : Mini Mental State Examination

NDC : National Drug Codes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHQ : Patient Health Questionnaire.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Résumé de thèse

Introduction : Dans une population sans cesse vieillissante, la dépression du sujet âgé est une pathologie relativement fréquente qui alourdit la morbi-mortalité. Si ses signes atypiques peuvent rendre son diagnostic difficile, ses indications de traitement sont les mêmes que chez l'adulte. Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs d'antidépresseur. Le phénomène de prescription insuffisante d'antidépresseur est répandu dans la littérature, notamment chez le sujet âgé. Pourtant, la pratique clinique hospitalière en gériatrie nous confronte souvent à ces traitements. Nous avons voulu vérifier dans la littérature si notre hypothèse de prescription excessive d'antidépresseurs chez le sujet âgé en soins primaires était documentée.

Méthode : Nous avons réalisé une revue de littérature par la sélection d'articles parus de juillet 2014 à juin 2023, sur la base de données PubMed avec les mots-clefs « antidépresseurs », « sujet âgé » et « soins primaires ». Parmi 976 articles trouvés, nous en avons inclus 164. Seulement 4 articles traitent de la sur-prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé en soins primaires.

Résultats : Nous avons trouvé quatre études montrant que 26 à 70.1% des sujets âgés sont traités par antidépresseur en l'absence de dépression. Leurs méthodologies diffèrent principalement dans les outils diagnostiques et d'évaluation de l'intensité de la dépression.

Conclusion : Il existe des travaux constatant une prescription abusive d'antidépresseurs chez le sujet âgé mais ils nécessitent d'être appuyés par davantage de recherche. Ils s'opposent au concept de prescription insuffisante soutenu par certains. Mais il est possible que ces deux phénomènes coexistent suggérant plutôt une prescription inadéquate d'antidépresseurs chez le sujet âgé. Nous pensons que les critères diagnostiques de dépression doivent être affinés chez le sujet âgé.

Mots clefs

Français : « antidépresseurs », « surprescription », « sujet âgé » et « soins primaires »

Anglais : « antidepressive agents », « overprescribing », « aged », « primary health care »