

## Dépression du sujet âgé généralités

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

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

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

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

## B-Aspects cliniques

### 1) Syndrome dépressif

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

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

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

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

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

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

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

## 2) Particularités sémiologiques

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

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

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

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

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

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

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

### 3) Masques dépressifs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4) Difficultés diagnostiques

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

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

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

#### C-Prise en charge

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les objectifs secondaires sont les suivants :

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