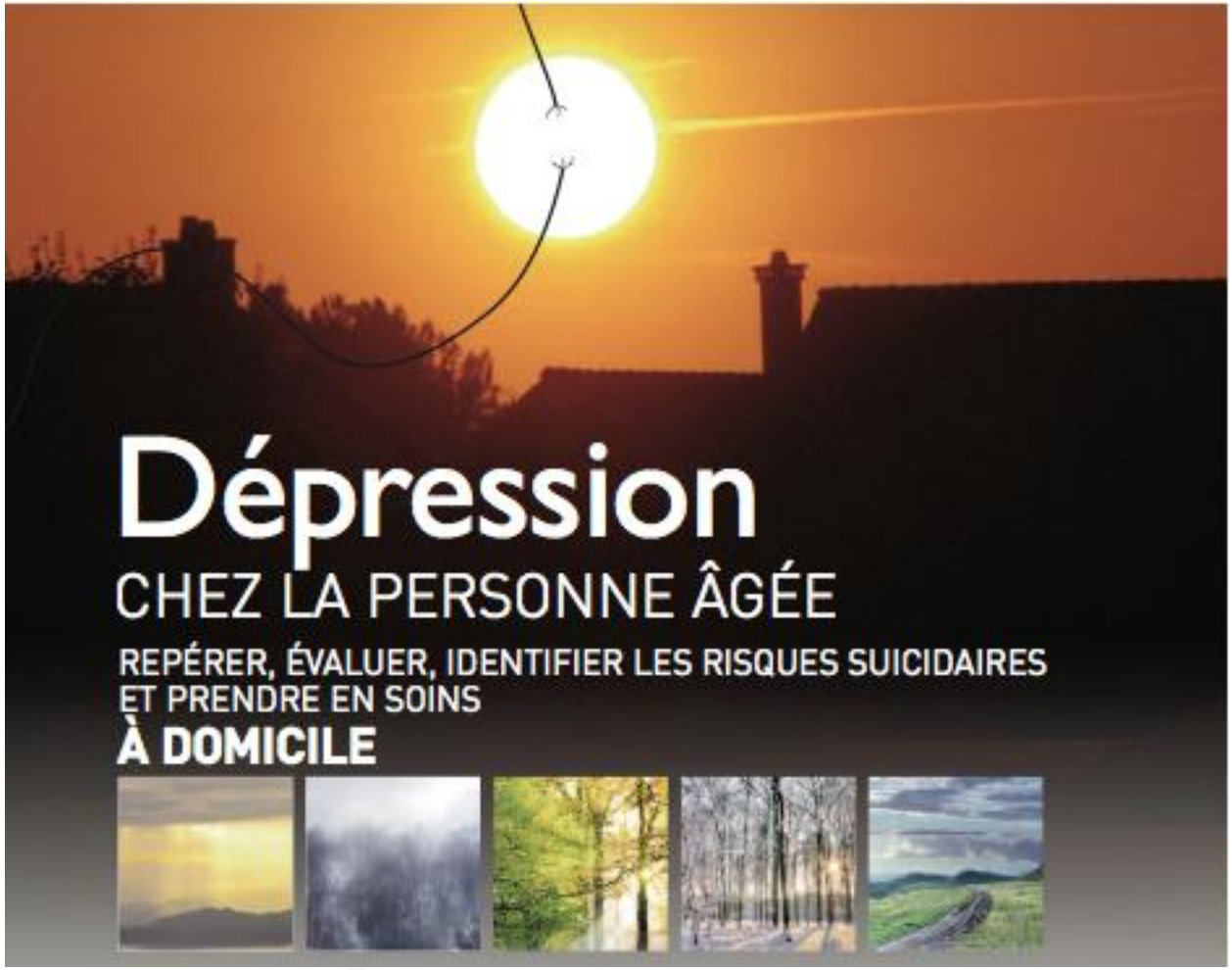

MobiQual

Mise en œuvre : Société Française de Gériatrie et Gérontologie,
sous l'égide du Ministère délégué chargé des Personnes âgées et de l'Autonomie,
avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Ministère délégué chargé des Personnes âgées et de l'Autonomie

Société Française de Gériatrie et Gérontologie

CNSA

En collaboration avec :
Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles.

UNA

Dépression

CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

CE KIT CONTIENT :

UN CLASSEUR COMPRENANT :

- PLAQUETTE DE PRÉSENTATION
- FICHES ET OUTILS PROFESSIONNELS
  1. Alerte dépression
  2. Échelle de dépression gériatrique - MINI GDS
  3. Alerte risque suicidaire
  4. Dépression et deuil
  5. Dépression et maltraitance - habeo (suivie de 4 situations cliniques)
  6. Fiche de transmission
  7. Un exemple : Retour d'expérience en Poitou-Charentes

• INFOS PATIENTS/INFOS FAMILLES

- Infos patients : "Dépression ?" (à plier en 3 volets)
- Infos familles : "Dépression d'un proche" (à plier en 3 volets)

• TEXTES DES DIAPORAMAS DE FORMATION

- Dépression de la personne âgée à domicile
- Prise en charge non pharmacologique de la dépression
- Prise en soins à domicile - Recommandations de l'UNA

UN BOITIER DVD/DVD-ROM COMPRENANT :

• GUIDE DE L'ANIMATEUR

• DVD
- Le film "Emmurés du silence" (version longue 27'30" - Version courte 14'30")
- 3 séquences complémentaires : - Dépression et approche soignant-patient (8'2(
  - Douleur et dépression (5'00")
  - Dépression et risque suicidaire (4'30")

• DVD-ROM
- DIAPORAMAS DE FORMATION (PowerPoint)
  - Dépression de la personne âgée à domicile
  - Prise en charge non pharmacologique de la dépression
  - Prise en soins à domicile - Recommandations de l'UNA
- FICHIERS PDF PRÉSENTS DANS LE CLASSEUR
- FICHIERS "FLASH" DES VIDÉOS COMPRESSÉES
- TEXTES ET RECOMMANDATIONS

Objectifs :

Il s'agit d'une action de sensibilisation à l'identification et à la prise en charge de la dépression chez la personne âgée, participant de la stratégie permettant de réduire la prévalence du suicide. Elle s'articule autour de deux axes principaux :

- La mise à disposition d'un **outil d'aide à la prise en soins de la dépression** chez la personne âgée : repérage, spécificités chez la personne âgée, démarche diagnostique, prise en soins, intégrant un focus sur la prévention du suicide.
- **La création de liens entre les services de soins et d'aide à domicile, les médecins traitants** et **les structures, compétences spécialisées** (gériatrie, psychiatrie, géronto-psychiatrie, équipes mobiles), afin d'optimiser le parcours de soin du patient et prévenir la dépendance induite par des soins inappropriés.

CIBLE

Directeurs d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins traitants, cadres de santé et infirmières coordinatrices, soignants et, plus largement professionnels du soin et de l'aide aux personnes âgées à domicile : SSIAD, SPASAD, réseaux de santé.

Quelques chiffres

En médecine générale, 15 à 30% des personnes âgées ont des symptômes dépressifs significatifs. Dans la littérature, la prévalence de **l'épisode dépressif majeur** dans la population générale de **plus de 65 ans** est estimée entre **1% et 2%**, celle des **dépressions mineures** entre 13% et 27%. **La proportion de sujets déprimés méconnus est estimée à 40%.** Chaque année en France, environ 3 000 personnes de plus de 65 ans se suicident dont 70% à domicile. La grande majorité d'entre elles étaient atteintes de dépression.

La dépression est définie par **un trouble pathologique de l'humeur** qui se manifeste d'abord par une **humeur triste durable** et/ou par **une perte de l'élan, de l'intérêt et du plaisir pour la plupart des activités**. D'autres signes de type cognitif, affectif, comportemental ou encore physiques peuvent être associés (voir fiche et outil n°1 *"Alerte dépression"*). Il faut souligner que les patients dépressifs avec une perte d'autonomie ont moins tendance à exprimer leurs idées dépressives. Il faut donc savoir les rechercher ailleurs que dans les mots.

La dépression se distingue de la "déprime" par le fait que plusieurs signes sont associés, que les troubles durent dans le temps et qu'ils ont un impact fortement négatif sur la vie quotidienne de la personne.

Dépression de la personne âgée

- **CONTEXTE**
- La dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus communs chez la personne âgée.
- En 2009, on répertoriait 10 464 décès par suicide dont 1/3 chez les plus de 60 ans
- alors qu'ils ne représentent que 22% des français. Chez les plus de 85 ans la prévalence est de 40/100 000 habitants, soit deux fois supérieure à celle des 25-44 ans.70% des suicides ont lieu à domicile.
- Ce travail s'inscrit :
- - D'une part dans les objectifs du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (www.sante.gouv.fr) :
- axe 1 ; mesure 4 : renforcer la prévention du suicide auprès des personnes âgées ; action 14 : améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression chez le sujet âgé.

- - D'autre part dans les préoccupations duministère délégué aux personnes âgées, souhaitant renforcer en 2012 la lutte contre le suicide des personnes âgées.
- **CIBLE**
- Directeurs d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins traitants, cadres de santé et infirmières coordinatrices, soignants et, plus largement professionnels du soin et de l'aide aux personnes âgées à domicile : SSIAD, SPASAD, réseaux de santé.

La dépression de la personne âgée

Les spécificités gériatriques de la dépression
• **Les troubles dépressifs majeurs doivent être distingués du vieillissement normal.**
• **Les signes de la dépression peuvent être atypiques :** - une moindre expression de la tristesse, - la fréquence des plaintes somatiques (60%), - une plainte subjective de mémoire et souvent des troubles cognitifs avérés, - une anxiété associée et/ou des troubles du caractère plus marqués, - une apathie associée (déficit de motivation) : perte d'initiative, d'intérêt et de l'expression des émotions.
• **Les risques somatiques** (dénutrition, aggravation de comorbidités), **fonctionnels** (perte d'autonomie) **et suicidaires sont très élevés**. La présence de symptômes dépressifs chez les personnes âgées est associée à une surmortalité générale de l'ordre de 30% dans les 3 ans.
• Un état dépressif chez une personne âgée sans antécédent de dépression associé à des troubles cognitifs doit faire rechercher **une démence débutante**.

Particularités de la depression de la personne âgée

La dépression est dite "masquée" lorsque les plaintes somatiques prédominent (douleurs, fatigue, troubles de la mémoire, troubles du sommeil). Dans ces cas, il faut savoir rechercher une souffrance psychologique associée.

Un syndrome douloureux inhabituel doit systématiquement faire évoquer une dépression chez la personne âgée.

La survenue d'idées délirantes, des changements de comportement tels qu'une irritabilité ou une hostilité peuvent également révéler une dépression chez la personne âgée.

La dépression peut être associée à des troubles cognitifs. Elle peut être inhérente au processus démentiel, en cas de maladie d'Alzheimer par exemple, ou réactionnelle aux troubles cognitifs ressentis par la personne.

La dépression ne doit pas être confondue avec l'apathie, qui est un déficit de la motivation avec émoussement affectif, perte d'initiative et perte d'intérêt. L'apathie est associée à une symptomatologie dépressive dans environ la moitié des cas. Elle peut donc être présente en même temps que des symptômes dépressifs, mais peut aussi exister d'une manière isolée.

Quand penser à une dépression chez la personne âgée : facteurs de risque situations à risque .

Le risque de dépression chez la personne âgée doit être une préoccupation constante du soignant, et tout particulièrement dans certaines situations à risque (voir fiche et outil n°1 *"Alerte dépression"*).

- Les maladies chroniques, douloureuses et/ou invalidantes et les déficits sensoriels non compensés.
- Une perte d'autonomie, qu'elle soit d'origine physique et/ou cognitive.
- Certains traitements médicamenteux.
- La dépendance à l'alcool ou à une drogue.
- Des antécédents de dépression.
- La perte d'un être cher ou d'un animal de compagnie, sachant que la phase dépressive faisant suite à un deuil doit être respectée et différenciée d'une authentique dépression qui nécessite impérativement un traitement.
- Une institutionnalisation prochaine.
- La mise sous protection juridique.
- La fonction d'aidant auprès d'une personne âgée dépendante.

Quand penser à une depression chez la personne âgée :signes d'alerte d apparition récente

Les signes d'alerte peuvent être physiques, psychiques et/ou cognitifs. Ils marquent un changement par rapport à l'état antérieur et habituel de la personne [voir fiche et outil n°1 *"Alerte dépression"*].

L'observation d'un ou plusieurs de ces signes doit être signalée par écrit, suivant le protocole de l'établissement [voir fiche et outil n°6 *"Fiche de transmission"*]. L'évaluation sera ensuite complétée par l'infirmière coordinatrice et/ou le responsable de secteur et le diagnostic de dépression sera établi par le médecin traitant, dans le cadre d'une évaluation gériatrique globale de la personne.

Alerte dépression

Voir, entendre, sentir… une première étape pour redonner à la personne dépressive un peu de goût à la vie

"On n'a plus vraiment le goût de vivre. On vit parce que c'est l'habitude"

témoigne une dame atteinte de dépression.

À la perte du goût de vivre succède le désir de mort. Cette perte du goût de vivre peut s'exprimer de mille manières, notamment chez le sujet âgé.

En mettant vos sens en éveil, vous pouvez en repérer les signes dans la vie quotidienne des personnes.

En alertant sur ces signes, vous contribuez au diagnostic et à la prise en soins précoces de la dépression, et à réduire le risque suicidaire.

De même, en renforçant cette attention vigilante que vous portez aux personnes dans, certaines situations à risque : solitude, perte d'un être cher, conflit familial, annonce ou rechute d'une maladie grave, perte d'autonomie brutale, mise sous protection juridique, institutionnalisation prochaine, antécédent de dépression, etc.

Que faire ?

si vous observez un ou plusieurs de ces signes ?

- **Indiquez-le dans le cahier de liaison des soignants et intervenants à domicile et vérifiez si d'autres intervenants ont fait les mêmes observations.**
- **Signalez-le à l'infirmière coordinatrice et/ou au responsable de secteur,** qui se chargera d'effectuer une nouvelle évaluation et d'avertir le médecin traitant.
- **Utilisez l'échelle mini GDS.** Elle vous donne des arguments objectifs pour alerter sur la présence de signes dépressifs.
- **N'oubliez pas de demander à l'aidant comment il se sent,** il est aussi à haut risque de dépression.

VOIR

cochez si oui

LES CHANGEMENTS DE L'EXPRESSION DU VISAGE

- La personne ferme souvent les yeux ☐
- Son regard vous semble triste, moins expressif, vide. Il ne s'anime pas en cas d'évènement agréable ☐
- La personne pleure plus souvent que d'habitude ☐

LA DIMINUTION DES ACTIVITÉS

- La personne dort plus que d'habitude : elle a du mal à se lever le matin, elle fait des siestes plus fréquente, plus longues ☐
- La personne ne s'intéresse plus à ses activités habituelles : cuisine, ménage, courses, jeux, lecture, jardinage, télévision, actualités, conversations, visites, etc. ☐
- La personne reçoit de moins en moins de visites, de coups de téléphone, sort de moins en moins de chez elle ☐
- La personne regarde constamment la télévision, de façon inhabituelle ☐

LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS

- La personne s'emporte plus facilement que d'habitude, est plus facilement contrariée, devient désagréable, a des relations de plus en plus conflictuelles avec son entourage ☐
- La personne a du mal à tenir en place, a des gestes nerveux inhabituels (par exemple, elle se tord les mains, se ronge les ongles, se tire les cheveux ☐
- La personne est plus lente, dans ses réactions, dans ses mouvements, dans sa façon de parler ☐
- La personne a tendance à boire plus d'alcool ou à consommer des médicaments de type somnifères ou autres de façon inhabituelle ☐

LES SIGNES D'UNE PERTE D'APPÉTIT

- Le réfrigérateur reste vide ou les restes moisissent ☐
- L'assiette est toujours pleine en fin de repas ☐
- La personne maigrit (les bijoux, les vêtements deviennent trop grands) ☐

UNE NÉGLIGENCE INHABITUELLE DE L'APPARENCE OU DU DOMICILE

- La personne est moins apprêtée, néglige son apparence de façon inhabituelle : elle reste en pyjama, porte des vêtements tâchés, ne se coiffe plus, a les ongles et les cheveux sales, ne se maquille plus ☐
- Le domicile est inhabituellement en désordre, sale ☐
- Vous voyez traîner des emballages de médicaments inhabituels, des bouteilles d'alcool vides ☐

ENTENDRE

cochez si oui

LE TON DE LA VOIX

- Il devient triste ou monocorde, la voix est parfois chargée de sanglots ☐

LES IDÉES NOIRES

- La personne a des sujets d'inquiétude inhabituels, se fait du souci pour un rien, rumine ☐
- Elle est anormalement pessimiste ☐
- La personne n'exprime plus d'enthousiasme, de joie face à un événement agréable
- Elle exprime des idées qui ne vous semblent pas correspondre à la réalité : ruine, perte, maladie, accusations, etc. ☐
- La personne parle souvent de la mort, dit vouloir mourir, que la vie ne vaut plus le coup d'être vécue ☐

LES PLAINTES

- La personne râle tout le temps, se plaint plus que d'habitude, notamment de problèmes physiques (douleurs, problèmes digestifs, etc.) ☐
- La personne se plaint de mal dormir : elle a du mal à s'endormir, elle se réveille la nuit, plus tôt que d'habitude ☐
- La personne se plaint d'être fatiguée, de manquer d'énergie ☐

LA PERTE D'APPÉTIT

- La personne dit ne plus avoir envie de manger, elle refuse même les plats qu'elle apprécie d'habitude ☐

SENTIR

cochez si oui

MOINS DE BONNES ODEURS

- Vous ne sentez plus d'odeurs liées à la préparation d'un repas ☐

PLUS D'ODEURS DÉSAGRÉABLES

- Vous percevez de façon inhabituelle des odeurs désagréables liées à un manque d'hygiène corporelle ou du domicile ☐
- La personne a une haleine inhabituellement alcoolisée ☐

Fiche de transmission

Guide d'utilisation d'une fiche de transmission écrite, destinée aux agents travaillant en EHPAD et aux acteurs du domicile, selon la méthodologie des transmissions ciblées.

Rappel sur la méthodologie des transmissions ciblées, définitions :

Les transmissions écrites sont les informations apposées dans le dossier de la personne prise en soins par l'ensemble des acteurs de soins. Elles permettent à tout moment de mieux connaître les éléments nécessaires pour dispenser des soins adaptés à l'état de santé de la personne soignée.
Les transmissions ciblées sont une méthode pour organiser, structurer des informations sur un problème ou un évènement non habituel, qui se pose et qui doit être partagé. Cette méthode est conforme au processus de soins (données, actions, résultats).

Elles sont souvent présentées sous la forme d'un tableau :

Date et heure	Cible	Transmissions		Signature
		Données (D)		
		Actions (A)		
		Résultats (R)		

La cible

C'est un énoncé concis et très précis qui attire l'attention. Elle constitue une sonnette d'alarme, un clignotant qui alerte les soignants autant sur les difficultés que sur les évènements positifs qui concernent la personne prise en soins.

C'est un ou deux mots pertinents qui indiquent :

- Un évènement au cours d'un épisode de soin (ex. : 1er lever, sortie rare...)
- Une préoccupation (ex. : anxiété, agitation, tristesse...)
- Une modification de comportement (ex. : agressivité, somnolence...)
- Un diagnostic infirmier (ex : incapacité à se laver, peur...)
- Un changement dans l'état de santé (ex. : dyspnée, douleur...)
- Une réaction à la maladie ou aux soins (ex. démangeaisons ; intolérance...)
- L'intervention d'un autre professionnel ou service (ex. : orthophoniste, bénévole, kiné...)

Une cible n'est pas un diagnostic médical (ex. : dépression, HTA, infection urinaire...), un acte de soins (ex. : ECBU, bilan sanguin, toilette...), un jugement de valeur.

Les données

Ce sont les informations qui précisent la cible. Elles fournissent des indications plus détaillées du problème.

Les actions

Ce sont toutes les interventions, les actes présents ou futurs qui ont pour objet d'améliorer l'état de la personne.

Les résultats

Ils décrivent la réaction de la personne aux actions proposées et réalisées. Ils indiquent l'efficacité des actions qui peut être positive ou négative. Si le résultat est partiellement positif ou négatif, il faut formuler d'autres données et actions en gardant la même cible.

Pour faciliter le travail des professionnels travaillant en EHPAD et les acteurs du domicile nous proposons un modèle avec des exemples à cocher qui pourra être imprimé et inséré quand il aura été complété dans l'outil de transmission de l'établissement ou du domicile (cahier de liaison par exemple).

Dépression
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

FICHE DE TRANSMISSION

Nom du patient : Prénom : Date de naissance : Sexe : H F

Cible (en choisir une seule)

- ☐ Perte de l'élan vital
- ☐ Anxiété
- ☐ Tristesse
- ☐ Idées noires/Idées suicidaires
- ☐ Deuil
- ☐ Fatigue
- ☐ Peur
- ☐ Perturbation de l'estime de soi
- ☐ Perturbation de l'image corporelle
- ☐ Perte du lien social ou isolement social
- ☐ Sentiment de solitude
- ☐ Perturbation de la dynamique familiale
- ☐ Incapacité à s'adapter à un changement dans l'état de santé
- ☐ AUTRES :

Date/heure/Signature

Transmissions (en choisir un ou plusieurs)

D (Données)

Date/heure/Signature

- ☐ Inquiet(e)
- ☐ Rumine
- ☐ Regard triste
- ☐ Voix triste, sanglots dans la voix
- ☐ Pleure souvent
- ☐ Ne réagit pas face à des situations agréables
- ☐ Regard vide
- ☐ Facilement contrarié
- ☐ S'emporte facilement
- ☐ Ne peut tenir en place
- ☐ Se tord les mains, se ronge les ongles
- ☐ Se tire les cheveux
- ☐ Mouvements lents
- ☐ Parle plus lentement que d'habitude
- ☐ Réagit de façon lente
- ☐ Perte d'intérêt
- ☐ Participe moins aux activités habituelles (TV, jeux, promenades, etc.)
- ☐ Perte d'appétit
- ☐ Perte de poids
- ☐ Manque d'énergie (se fatigue facilement, ne prend plus part aux activités habituelles)
- ☐ Dort plus que d'habitude
- ☐ Difficultés à se lever de son lit
- ☐ Difficulté à s'endormir
- ☐ Réveils nocturnes fréquents
- ☐ Parle souvent de la mort
- ☐ A le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, a des idées suicidaires
- ☐ Faible estime de soi (se blâme, a des sentiments d'auto-dépréciation ou d'échec)
- ☐ Pessimiste (s'attend au pire, ne voit les choses que du côté négatif)
- ☐ Idées délirantes, de ruine, de maladie ou de perte
- ☐ AUTRES ou PRECISIONS :

A (Actions)

Date/heure/Signature

- ☐ Aidant prévenu
- ☐ Responsable de secteur prévenu
- ☐ Infirmier prévenu
- ☐ Médecin prévenu
- ☐ Évaluation (mini GDS) faite. **Score :**
- ☐ AUTRES ou PRÉCISIONS :

R (Résultats

Date/heure/Signature

Comment évaluer l'humeur de la personne âgée

MINI GDS*

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

1	Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	Oui ☐	Non ☐
2	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui ☐	Non ☐
3	Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui ☐	Non ☐
4	Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui ☐	Non ☐

COTATION :

Question 1	oui : **1**	non : **0**
Question 2	oui : **1**	non : **0**
Question 3	oui : **0**	non : **1**
Question 4	oui : **1**	non : **0**

SCORE :

- Si le score est supérieur ou égal à 1 : **forte probabilité de dépression.**
- Si le score est égal à 0 : **forte probabilité d'absence de dépression.**

*Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F.
Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage.
Encephale 1997 ; 23 : 91-99.

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE (NPI-*ES*)

VERSION POUR ÉQUIPE SOIGNANTE

QUESTIONS DE SÉLÉCTION

Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ?
Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ?
Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?

NON : Coter 0

OUI : Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous pour rechercher les autres symptômes évocateurs de dépression.

- **Se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?**
- **Dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?**
- **Semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?**
- **Dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?**
- **Exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?**
- **Montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?**

Si les réponses sont en faveur d'un état dépressif, déterminez la fréquence et la gravité de cet état.

FRÉQUENCE

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

GRAVITÉ

Léger :	l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant	1
Moyen :	l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager	2
Important :	l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile, voire impossible, à soulager	3

On peut établir un score global, qui est le produit "Fréquence x Gravité" : **F x G =** ☐

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

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

The Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version (NPI-NH) version 2.1 (17/6/1998), J.L.Cummings
Traduction française P.H.Robert / V.Lafont, 1999. Le NPI est protégé par un copyright.

La dépression est associée à un risque important de suicide. **Le suicidant âgé est souvent très déterminé.** Le passage à l'acte est généralement préparé avec soin. Les moyens utilisés sont volontiers radicaux (pendaison, noyade, défenestration, armes à feu, etc.). **L'évaluation du risque suicidaire doit donc être systématique en cas de dépression** (voir fiche et outil n°3 *"Alerte risque suicidaire"*).

La plainte suicidaire doit toujours être prise en considération, qu'elle soit formulée directement par la personne âgée ou transmise par son entourage. Les idées suicidaires ne sont cependant pas toujours exprimées spontanément et doivent donc être systématiquement recherchées. Le désir de mort peut également se traduire, non pas en mots, mais dans l'humeur ou les comportements de la personne. Poser des questions simples peut suffire à identifier le risque suicidaire *("Pensez-vous au suicide ?", "Avez-vous pensé à des moyens de le faire ?", "Avez-vous pensé à quand le faire ?")*.

S'il existe un risque suicidaire, il est important d'en évaluer rapidement l'urgence et la dangerosité (voir fiches et outils n°1 *"Alerte dépression"* et n°2 *"Alerte risque suicidaire"*).

DES PIÈGES À ÉVITER

Il est faux de penser que :

- **parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire.**
- **les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication à leur entourage sur leur intention avant de le faire.**
- **les personnes qui expriment un désir de se suicider ne le font que pour attirer l'attention. Huit personnes sur dix en parlent avant de passer à l'acte !**

EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

La dépression est associée à un risque important de suicide. **Le suicidant âgé est souvent très déterminé.** Le passage à l'acte est généralement préparé avec soin. Les moyens utilisés sont volontiers radicaux (pendaison, noyade, défenestration, armes à feu, etc.). **L'évaluation du risque suicidaire doit donc être systématique en cas de dépression** (voir fiche et outil n°3 *"Alerte risque suicidaire"*).

La plainte suicidaire doit toujours être prise en considération, qu'elle soit formulée directement par la personne âgée ou transmise par son entourage. Les idées suicidaires ne sont cependant pas toujours exprimées spontanément et doivent donc être systématiquement recherchées.
Le désir de mort peut également se traduire, non pas en mots, mais dans l'humeur ou les comportements de la personne. Poser des questions simples peut suffire à identifier le risque suicidaire *("Pensez-vous au suicide ?", "Avez-vous pensé à des moyens de le faire ?", "Avez-vous pensé à quand le faire ?")*.

S'il existe un risque suicidaire, il est important d'en évaluer rapidement l'urgence et la dangerosité (voir fiches et outils n°1 *"Alerte dépression"* et n°2 *"Alerte risque suicidaire"*).

DES PIÈGES À ÉVITER

Il est faux de penser que :

- parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire.
- les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication à leur entourage sur leur intention avant de le faire.
- les personnes qui expriment un désir de se suicider ne le font que pour attirer l'attention. Huit personnes sur dix en parlent avant de passer à l'acte !

DES PIÈGES À ÉVITER

Il est faux de penser que :

- Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire.
- Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication à leur entourage sur leur intention avant de le faire.
- Les personnes qui expriment un désir de se suicider ne le font que pour attirer l'attention. Huit personnes sur dix en parlent avant de passer à l'acte !

Que faire ?

si vous pensez qu'il existe un risque suicidaire ?

- **Indiquez-le dans le cahier de liaison des soignants et intervenants à domicile et vérifiez si d'autres intervenants ont fait les mêmes observations.**
- **Signalez-le en urgence à l'infirmière coordinatrice et/ou au responsable de secteur,** qui se chargera d'effectuer une nouvelle évaluation du risque suicidaire et d'avertir le médecin traitant.
- **Évaluer l'urgence suicidaire :**
  - **Rechercher si la personne a envisagé un scénario suicidaire et à quelle échéance.**
  - **Évaluer la progression des idées de mort** (voir encadré).
- **Évaluer la dangerosité suicidaire :** rechercher si la personne a envisagé d'utiliser des moyens dangereux et si ces moyens sont à sa portée.

GRADUATION DES IDÉES DE MORT

1	Flashs suicidaires
2	Pensées suicidaires occasionnelles
3	Pensées suicidaires fréquentes
4	Planification du suicide en cours
5	Planification complète, mais au delà de 48 h
6	Planification complète dans les 48 h
7	Planification complète
8	Tentative effectuée
9	Décès

- **N'oubliez pas de demander à l'aidant comment il se sent,** il est aussi à haut risque de dépression.
- **Toute tentative de suicide est une urgence justifiant une hospitalisation en milieu spécialisé.**

LES SITUATIONS À RISQUE

	cochez si oui
• La personne est dépressive.	☐
• La personne vit dans une grande solitude.	☐
• La personne vient de perdre un être cher ou son animal de compagnie.	☐
• Il existe une rupture ou un conflit familial.	☐
• La personne a été informée du diagnostic ou de la rechute d'une maladie grave.	☐
• La personne subit une perte d'autonomie brutale.	☐
• La personne a appris qu'elle va être mise sous protection juridique.	☐
• La personne va entrer en institution.	☐
• La personne a des antécédents de dépression.	☐

Chez une personne âgée déprimée, rechercher systématiquement des idées suicidaires, y compris auprès de son entourage

LES SIGNES D'ALERTE

DES SIGNES PSYCHOLOGIQUES	cochez si oui
• La personne montre une tristesse intense non atténuée par les stimulations extérieures.	☐
• La personne exprime un sentiment de découragement, de désespoir, de dévalorisation, une perte de l'estime de soi : *"Je ne vaux plus rien, j'embarrasse"*.	☐
• La personne exprime un sentiment d'incurabilité, d'impuissance : *"Je ne peux plus y arriver"; "Je ne guérirai pas"*.	☐
• La personne exprime un sentiment de punition méritée.	☐
DES SIGNES PHYSIQUES	**cochez si oui**
• La personne ne se lave plus.	☐
• Elle est très amaigrie, dénutrie, déshydratée.	☐
DES SIGNES COMPORTEMENTAUX	**cochez si oui**
• La personne reste au lit, n'a plus de contact avec l'extérieur, n'a plus de relation à autrui.	☐
• Elle néglige ses besoins élémentaires, elle refuse de manger, de boire.	☐
• La personne vous semble confuse (ne sait plus où elle est, a perdu la notion du temps).	☐
• La personne adopte des comportements liés à la fin de vie : repli sur soi, mise en ordre de ses affaires (papiers divers, rédaction de testament, legs, dons, etc.), écrits pessimistes, allusions à la mort, etc.	☐
• L'humeur de la personne s'améliore soudainement et sans raison apparente. Cette amélioration peut témoigner de la décision et de la planification du passage à l'acte suicidaire.	☐

Rôle des intervenants dans la prise en charge de la dépression: l alliance thérapeutique.

L'efficacité de la prise en soins de la personne atteinte de dépression dépend fortement de la qualité de **l'alliance thérapeutique** entre le patient, ses proches et les différents intervenants professionnels (médecin traitant, intervenants au domicile, psychologue, travailleurs sociaux, etc.). Cette alliance thérapeutique est fondée sur la confiance. Elle implique que les rôles de chacun soient clairement définis, que les référents familiaux soient identifiés, que la personne et ses proches soient informés sur la maladie, l'organisation et le déroulement de la prise en charge.

La prise en soins de la dépression est globale. Elle associe des mesures non pharmacologiques systématiques (accompagnement psychologique, soutien familial et social) et un éventuel traitement médicamenteux. L'état de la personne est régulièrement réévalué et la prise en soins réajustée. Il peut être nécessaire d'hospitaliser le patient dans certaines situations graves.

Rôle du soignant

- **La remotiver régulièrement à prendre son traitement.** En effet, si un traitement médicamenteux antidépresseur est prescrit, il est important d'informer la personne sur deux points essentiels, qui vont conditionner la bonne prise du médicament.
  Le premier est qu'elle n'en ressentira pas immédiatement les effets bénéfiques mais après un délai d'environ deux semaines, pendant lesquelles elle devra pourtant continuer de le prendre. Le second concerne la durée prolongée du traitement. L'efficacité ne sera jugée qu'après 6 à 12 semaines et la durée totale du traitement est d'au moins un an, sous réserve d'une bonne tolérance.
- **Surveiller l'état de son humeur** (amélioration ou non).
- **Repérer et signaler d'éventuels signes d'un risque suicidaire.**
- **Repérer et signaler d'éventuels effets secondaires du traitement** mal supportés par la personne.
- **Surveiller son état nutritionnel.** Les personnes dépressives n'ont souvent plus envie de manger. Or, la dénutrition risque d'aggraver encore la dépression, d'entraîner une perte d'autonomie, etc.
- **Participer au soutien psychologique,** par une attitude bienveillante, encourageante, rassurante.

Rôle des intervenants

Un accompagnement de qualité favorise le bien-être de la personne, physique, psychique, moral. Il permet ainsi de limiter certains facteurs de risque de dépression, ceux sur lesquels il est possible d'agir :

- Ceux liés à la **solitude**, par une présence bienveillante et en encourageant l'entretien des liens familiaux et amicaux.
- Ceux liés à la **perte d'autonomie**, par la valorisation des capacités et la compensation de certains déficits.
- Ceux liés aux **maladies chroniques** dont les personnes âgées sont fréquemment atteintes, par le soulagement de la douleur par exemple, en lien avec le médecin traitant.
- Ceux liés à la **crise du vieillissement**, en écoutant, en n'éludant pas d'éventuels propos sur la mort, la vieillesse, voire en apportant un réconfort spirituel.
- Ceux liés à une **institutionnalisation prochaine**, en y préparant la personne.

De plus, veiller à la bonne prise des médicaments limite le risque de rechute lié à un arrêt prématuré du traitement.

Mesures organisationnelles au sein de la stucture intervenant à domicile

L'accompagnement de personnes atteintes de dépression ne peut reposer que sur la seule bonne volonté des intervenants professionnels. Les différents volets de la spécificité d'un tel accompagnement devraient être pris en compte au niveau de l'établissement :

- Formation et compétences requises des intervenants et développement d'une culture commune (la maladie, le risque suicidaire, la nature de l'accompagnement, la place des proches, etc.).
- Soutien aux intervenants professionnels.
- Partenariats avec d'autres structures ou associations.
- Désignation de personnes référentes.
- Modalités d'évaluation des pratiques.
- Procédures d'évaluation de la situation individuelle des personnes et de formalisation du projet d'intervention.
- Définir la place des proches en tant que partenaires de l'accompagnement.

Mesures organisationnelles au sein de la stucture intervenant à domicile

- **Sensibiliser, informer et former les personnels** sur le repérage des signes de dépression et le risque suicidaire chez la personne âgée.
- **Définir la place des familles :** clarifier les rôles respectifs des intervenants et des proches, identifier le ou les référents et définir les modalités d'information mutuelle sur l'évolution de la personne, informer les proches sur l'accompagnement, repérer et anticiper les situations à risque (épuisement physique ou psychologique de l'aidant, problèmes financiers, etc.).
- **Prévoir un espace et des temps d'échange sur la vieillesse, la fin de vie, la mort, le suicide, la spiritualité,** afin que les intervenants puissent dialoguer sans appréhension sur ces sujets, avec les personnes qui en expriment l'envie, le besoin.
- **Prévoir des temps de réflexion pluridisciplinaire en cas de situation difficile.**

Un test rapide pour vous aider à faire le point
sur l'état de votre proche et sur vous-même

Demandez à la personne de se resituer dans un passé proche (au mieux une semaine avant) et non pas dans sa vie passée ou dans l'instant présent. Commencez les questions par :

"il y a une semaine..." :

- Vous sentiez-vous découragé(e) et triste (envie de pleurer tout le temps, pas la force de vous lever ou de faire une activité habituelle, etc.) ?
  OUI ☐ NON ☐

- Aviez-vous le sentiment que votre vie était vide (sentiment d'inutilité, impression que vous n'avez rien fait de bien dans votre vie, remords, etc.) ?
  OUI ☐ NON ☐

- Aviez-vous l'impression que votre situation est désespérée (envie d'en finir avec la vie, je ne suis plus bon(ne) à rien, je suis un fardeau pour ma famille, etc.) ?
  OUI ☐ NON ☐

- Vous sentiez-vous heureux(se) la plupart du temps ?
  OUI ☐ NON ☐

Si la personne répond OUI à une ou plusieurs de ces questions, encouragez-la à consulter son médecin traitant.

Mise en œuvre : Société Française de Gériatrie et Gérontologie,
avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

En collaboration avec l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles.

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dans le cadre du programme MobiQual

MobiQual

Dépression
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

INFOS FAMILLES

Dépression d'un proche

Comprendre et agir

REPÈRES

La dépression est difficile à comprendre pour l'autre, pour celui qui n'a jamais vécu cette expérience douloureuse.

Pour vous aider à trouver la juste place aux côtés de la personne atteinte de dépression et que vous accompagnez, voici quelques repères :

- **Comprendre :** la dépression est une maladie fréquente qui peut toucher chacun d'entre nous. Elle n'est pas le signe d'un caractère faible ni une maladie honteuse, mais la conséquence de facteurs multiples qui ne sont pas toujours faciles à identifier.
- **Repérer :** s'informer pour ne pas confondre déprime et dépression.
- **Soutenir :** aider la personne à accepter de se soigner, l'aider au quotidien, au besoin parler avec elle de la mort, du suicide.
- **Prendre soin de soi-même :** ne pas s'épuiser, ne pas se décourager, ne pas culpabiliser en acceptant de l'aide pour l'autre et pour soi-même.

Quelques chiffres : Un à 2% des personnes de plus de 65 ans présenteraient un épisode dépressif majeur, et 13% à 27%, un épisode de dépression mineur. De plus, 40% des cas de dépression ne seraient pas diagnostiqués. Chaque année en France, environ 3.000 personnes de plus de 65 ans se suicident, la plupart d'entre elles étant atteintes de dépression.

La dépression est fréquente et lourde de conséquences chez la personne âgée. L'intervenant professionnel au domicile a un rôle essentiel à jouer auprès de la personne en termes de prévention, de repérage et d'alerte.
Sa seule bonne volonté ne suffira pas, il doit bénéficier d'une formation, d'un soutien, d'un encadrement de qualité au sein de la structure.