

Dépression

Chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), trois stratégies thérapeutiques globales sur les thèmes de la polymédication, de la dépression et des chutes ont montré une efficacité potentielle de l'éducation thérapeutique (ETP) sur les résultats des soins ou le recours aux soins.

- Programme multifacettes « Omage » polypathologie/polymédication ;
- Intervention multifactorielle de prévention des chutes ;
- Modèle de soins collaboratifs dans la dépression.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/cahier_des_charges_etp_paerpa_web.pdf

Ils font chacun l'objet d'un « cadre référentiel » visant à préciser les modalités générales de mise en œuvre de l'ETP en équipe.

Ces cadres référentiels comprennent :

1. Une première étape commune aux 3 programmes pour le repérage, l'évaluation des besoins (bilan éducatif partagé) et l'orientation des patients ;
2. Un rappel de la population cible ;
3. Un rappel de la stratégie thérapeutique globale ;
4. Un référentiel des compétences à acquérir ;
5. Des exemples d'outils et de supports pédagogiques ;
6. Des éléments pouvant servir à l'évaluation individuelle de l'éducation ;
7. Des exemples d'indicateurs d'évaluation du programme ;
8. Chaque fois que possible, un exemple de programme

I. Repérage de la dépression et du risque suicidaire de la personne âgée

MOBIQUAL dépression chez la personne âgée à domicile
<http://www.mobiquial.org/>

• Repérage de la dépression

La dépression est une pathologie de l'humeur qui se manifeste par une **tristesse durable et/ou une perte d'intérêt et des plaisirs**, associées à d'autres symptômes (DSM IV).

(Définition du DSM IV, traduction française :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_annexe_2.pdf

La dépression peut présenter **certaines spécificités chez la personne âgée**.

Spécificité gériatrique de la dépression

Atypiques :

- Moindre expression de la tristesse ;
- Fréquence des plaintes somatiques ;
- Plainte subjective de la mémoire ;
- Anxiété ou troubles du caractère plus marqués ;
- Apathie associée (déficit de motivation).

Risques somatiques et fonctionnels :

Dénutrition, aggravation des comorbidités, perte d'autonomie.

Risque suicidaire très élevé.

Des plaintes cognitives doivent faire rechercher une démence débutante et/ou un syndrome dépressif associé.

Un syndrome douloureux inhabituel doit systématiquement faire évoquer un épisode dépressif.

La dépression doit être systématiquement recherchée en présence de **situations à risques**

Situations à risque

- Les maladies chroniques, douloureuses, et/ou invalidantes et les déficits sensoriels non compensés ;
- Les pertes d'autonomie, d'origine physique et/ou cognitive ;
- Une conduite addictive (à l'alcool ou à une drogue) ;
- La perte d'un être cher ou d'un animal de compagnie (à différencier d'un deuil normal) ;
- Le projet d'institutionnalisation ou de mise sous protection juridique ;
- Être aidant ou conjoint auprès d'une personne âgée dépendante ;
- Certains traitements médicamenteux ;
- Des antécédents de dépression ou de tentative de suicide ;
- Une fragilité sociale (isolement socio-familial, conditions de vie précaires, etc.).

Un épisode dépressif doit également être **recherché devant des signes d'alerte d'apparition récents** physiques, psychiques ou cognitifs marquant un changement par rapport à l'état antérieur de la personne âgée (Fiche 1 : Alerte dépression - de l'Outil MOBIQUAL dépression de la personne âgée à domicile)

Des **outils d'aide au repérage** de la dépression peuvent être utiles pour les soignants et les aidants professionnels.

Outils d'aide au repérage de la dépression :

- Mini-GDS (score seuil $\geq 1/4$) (Fiche 2- MOBIQUAL)
- NPI-ES, domaine dépression / dysphorie, en cas de troubles cognitifs sévère (MNSE < 15)

D'autres outils sont une **aide au diagnostic**.

Outils d'aide au diagnostic de la dépression (annexe 3bis) :

- GDS (*Geriatric Depression Scale*) score seuil $\geq 6 / 15$
- MADRS (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*) Score seuil $\geq 20 / 60$
- CSDD (*Cornell Scale for Depression in Dementia*) score seuil ≥ 6 , en cas de troubles cognitifs sévères (MNSE < 15)

• Repérage du risque suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire doit être systématique en cas de dépression chez la personne âgée.

La plainte suicidaire doit toujours être prise en compte.

Les idées suicidaires doivent toujours être recherchées.

Les questions à poser en cas de dépression : (8 personnes sur 10 parlent de suicide avant de passer à l'acte).

- Pensez-vous au suicide ?
- Avez-vous pensé à des moyens pour le faire ?
- Avez-vous pensé à quand le faire ?

Les idées fausses à combattre :

- 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.
- Les personnes qui expriment un désir de se suicider ne le font que pour attirer l'attention.

On peut s'aider de l'échelle RUD (5) qui est un outil d'aide à la gestion du potentiel suicidaire. Il mesure le potentiel suicidaire selon 3 critères : le risque suicidaire (R), l'urgence de la menace (U) et la dangerosité du scénario suicidaire (Comité National Bien-être - Groupe prévention suicide, Oct. 2013).

• Évaluation des besoins du patient par le bilan éducatif partagé

Le bilan éducatif partagé peut être réalisé à l'aide de l'outil qui convient le mieux aux professionnels avec :

- La partie commune pour l'ensemble des personnes âgées fragiles soit à l'aide du « jeu de cartes OMAGE » (annexe 3 bis), soit selon un entretien semi-structuré reprenant les mêmes questions ;
- La partie plus spécifique à chacun des programmes à l'aide du guide d'entretien spécifique (cf. p. 6).

Le bilan doit être réalisé par une personne ressource formée à l'ETP ou en lien avec elle.

Il a pour objectifs de :

- S'accorder avec le patient sur ses problèmes de santé. La découverte de nouveaux problèmes peut conduire à proposer des optimisations diagnostiques ;
- Avoir une approche globale des difficultés du patient avec ses traitements médicamenteux ;
- Repérer les sujets ayant des troubles de l'humeur évoquant une dépression caractérisée et/ou des troubles anxieux ;
- Repérer des difficultés de déplacement et un risque de chutes ;
- Repérer des troubles de l'alimentation et une dénutrition, des douleurs, une plainte mnésique ;
- Repérer des difficultés sociales et évaluer les ressources externes du patient ;
- Demander au patient sa priorité du moment.

• Au terme de ce bilan éducatif, une discussion en équipe permet de définir :

- le projet du patient, source de motivation,
- les objectifs éducatifs ou compétences à acquérir,
- les facteurs facilitant et limitant l'apprentissage,
- le programme éducatif personnalisé.

Le programme éducatif personnalisé est discuté et validé avec le patient, en tenant compte de sa priorité. Les objectifs et compétences à acquérir du programme doivent être réalistes et atteignables.

Il est souhaitable de désigner pour chaque patient un référent éducatif qui sera sa ressource privilégiée pour le suivi éducatif.

La liste des compétences à acquérir et leur priorité, ainsi que l'atteinte des objectifs et les difficultés persistantes en fin de programme sont tracées dans le plan de soins du Plan Personnalisé de Santé (PPS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

Plan de soins					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (check-list)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date Atteinte des résultats et commentaires

Si l'équipe le souhaite, ceci peut être complété par un dossier éducatif facilitant les échanges d'informations entre professionnels. Ce dossier comprend :

- La synthèse du bilan éducatif partagé ;
- Un résumé des messages-clés concernant le patient sur lesquels l'équipe éducative s'est accordée pour une harmonisation des occasions éducatives intégrées aux soins ;
- Un résumé éducatif « en fin » de dispositif qui reprend les priorités du patient et des soignants, les besoins éducatifs du patient, les compétences acquises et les difficultés persistantes.

II. Populations cibles

Population cible pour PAERPA : personnes âgées de 75 ans et plus, en risque de perte d'autonomie pour des raisons d'ordre médical ou social, au décours de :

- une dépression majeure / caractérisée modérément sévère à sévère ;
- ou une dépression majeure avec des antécédents de tentatives de suicide.

La **notion d'hospitalisation non programmée récente** / en urgence (inférieure à un mois) est un des premiers facteurs de risque de ré-hospitalisation chez la personne âgée fragile et doit être prise en compte.

Le **jugement du clinicien** en charge du patient qui pense que celui-ci peut bénéficier de ce programme éducatif est un élément important de la décision.

¹ L'épisode de dépressif « majeur » n'est pas synonyme de sévérité. Il signifie « caractérisé », c'est-à-dire que l'état dépressif correspond aux critères des classifications internationales actuelles (DSMIV). Il existe différentes spécifications de l'épisode dépressif majeur qui déterminent en partie les choix thérapeutiques : selon l'intensité des symptômes (léger, modéré et sévère) et selon ses caractéristiques (mélancoliques, psychotiques ou atypiques).

Critères d'exclusion : troubles psychiatriques chroniques, dysthymie, psychoses, dépression mélancolique ou délirante, troubles cognitifs évolués.

III. Stratégie thérapeutique globale : modèle de soins collaboratif en ambulatoire

La référence est le **modèle de soins collaboratifs de la dépression en ambulatoire**. Il a montré son efficacité à court et long terme dans la prise en charge des dépressions majeures de la personne âgée.

IV. Référentiel des compétences à acquérir

Le « référentiel des objectifs spécifiques et des compétences à acquérir » est un guide pour aider les soignants à mettre en œuvre le programme d'ETP dans le cadre d'un modèle collaboratif de soins de la dépression en ambulatoire.

Les compétences de sécurité :

- Savoir réagir devant une crise suicidaire et connaître les personnes ressources ;
- Savoir gérer son traitement.

Les autres compétences :

• Améliorer les connaissances sur la maladie

Connaître la maladie dépressive ;

Connaître les traitements ;

Connaître la crise suicidaire.

• Diminuer les symptômes dépressifs et les effets secondaires des traitements

Savoir gérer les symptômes de sa maladie ;

Acquérir des règles d'hygiène alimentaire ;

Avoir une activité physique adaptée ;

Savoir gérer les effets secondaires des traitements ;

Savoir gérer les signes de rechute ou de récurrence de la dépression et connaître les personnes ressources.

• Améliorer l'adhésion aux soins

Informier le patient et ses proches sur maladie dépressive et les traitements ;

Alliance thérapeutique : rendre le patient actif dans la gestion de sa maladie et de son traitement.

• Prévenir les rechutes et les récurrences

Connaître les signes de rechute ou de récurrence de la dépression ;

Savoir gérer les symptômes de la dépression et connaître les personnes ressources.

• Développer les compétences cognitives, émotionnelles et sociales

Améliorer son fonctionnement cognitif (affirmation de soi, etc.) ;

Savoir gérer son stress (gestion du stress, etc.) ;

Améliorer l'insertion sociale ;

Savoir gérer ses émotions, ses capacités de communication et ses loisirs.

• Informer et soutenir la famille et les proches

Connaître la maladie, les traitements, savoir communiquer, gérer ses émotions.

V. Outils /supports pédagogiques de l'ETP

- **Outils MOBIQUAL** Dépression chez la personne âgée à domicile.
- **Autres outils MOBIQUAL :**
<http://www.mobiquial.org/>
 - Nutrition, dénutrition, alimentation chez la personne âgée ;
 - Douleur chez la personne âgée.
- **Jeu de cartes OMAGE** (annexes 3 -3 bis) : utilisé pour le bilan éducatif commun.
- **Portfolio Omage** : contenant des fiches recto-verso (questions / réponses, messages-clés) pour différents symptômes / pathologies / traitements spécifiques relevant de l'éducation du patient (en cours de constitution)
(Ex : alimentation / dénutrition, douleur, AVK, insuffisance cardiaque, etc.).
- Site internet IMPACT pour le traitement de la dépression par le management collaboratif des soins.
<http://impact-uw.org>

VI. Les éléments pouvant servir à l'évaluation individuelle du patient

L'évaluation se fait à la fin du programme d'ETP, mais aussi tout au long du programme d'ETP et permet un réajustement des priorités et des objectifs éducatifs à l'évolution du patient.

L'atteinte de ces objectifs est évaluée par des questions spécifiques (exemples) :

Questions sur les priorités du patient :

- priorité : « reprendre mes activités de loisirs » : = avez-vous repris vos activités de loisirs (tricot, bricolage, cinéma, promenade) ?
- priorité : « sortir de mon isolement » : = avez-vous vu vos amis, famille, membres d'association, etc. ?
- ...

Questions sur les changements mis en œuvre :

- Prenez-vous les médicaments antidépresseurs à la dose prescrite par votre médecin traitant ?
- Dans la journée, avez-vous eu des pensées suicidaires ? Jamais – Parfois – Souvent –Toujours
- Pratiquez-vous une activité physique (je fais mes courses à pied, je jardine, je marche ½ heure par jour, etc.) ?
- Quelle quantité de boissons alcoolisées consommez-vous chaque jour ? 0 verre – 1 verre - 2 verres – plus, etc.

VII. Les indicateurs pouvant être utilisés par l'équipe pour évaluer son activité d'ETP

Indicateurs de processus du programme d'ETP

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/indicateurs_etp_v2.pdf

- ✓ **Sur le fonctionnement**
 - Nombre d'intervenants directs (professionnels et patients intervenants) auprès des patients et leur profession ;
 - Nombre d'intervenants directs (professionnels et patients intervenants) formés spécifiquement à l'ETP.
- ✓ **Sur l'activité**
 - Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé lors d'une offre initiale d'ETP ;
 - Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé lors d'une offre de suivi d'ETP.
- ✓ **Sur la coordination**
 - Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé d'ETP pour lesquels la synthèse de leur diagnostic éducatif individuel accompagnée du programme personnalisé a été transmise au minimum à leur médecin traitant ;
 - Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé d'ETP pour lesquels la synthèse de l'évaluation des compétences acquises accompagnée d'une proposition de modalité de suivi éducatif a été transmise au moins à leur médecin traitant.

Indicateurs de résultats de la stratégie thérapeutique globale

- Nombre de (ré) hospitalisations non programmées passant par un SAU¹ ou directement en réanimation ;
- Évaluation de « l'espace de vie » du patient avec l'échelle : Life Space Assessment (LSA-F)
http://www.criugm.qc.ca/images/stories/outils_cliniques/CRIUGM_55.pdf

¹SAU : Service d'accueil d'urgences

VIII. Le programme de référence : modèles de soins collaboratif de la dépression en ambulatoire

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente et la 3^e cause de décès chez les personnes âgées.

Son pronostic est mauvais, avec des risques :

- de rechute (50 % après un premier épisode dépressif, de 70% au second et de 90 % au troisième) ;
- de passage à la chronicité ;
- de dénutrition et d'aggravation des comorbidités ;
- d'altération de la qualité de vie ;
- d'augmentation de la dépendance et d'institutionnalisation ;
- de passage à l'acte suicidaire ;
- de surmortalité générale de 30% à 3 ans.

En France, il y a environ 3 000 décès chez les plus de 65 ans chaque année. 70 % des suicides ont lieu à domicile. 75 % des personnes âgées commettant un suicide ont consulté leur médecin dans le mois qui précède leur décès. 15 à 30% des patients âgés consultant en médecine générale ont des symp-

tômes dépressifs. Chez les plus de 65 ans, la prévalence de l'épisode dépressif majeur est de 1 à 2%.

L'efficacité de la prise en soins d'une personne âgée atteinte de dépression dépend fortement de la qualité de l'alliance thérapeutique entre le patient, ses proches et les intervenants professionnels soignants et non soignants.

La prise en soins par les soignants s'exerce à différents niveaux :

- Remotiver régulièrement à prendre son traitement antidépresseur,
- Surveiller l'état de l'humeur (amélioration ou non),
- Repérer et signaler des signes d'un risque suicidaire,
- Repérer et signaler des effets secondaires du traitement,
- Surveiller l'état nutritionnel,
- Participer au soutien psychologique.

Les modèles de soins collaboratifs en ambulatoire peuvent répondre à l'ensemble de ces objectifs.

• **Modèles de soins collaboratifs de la dépression en ambulatoire**

Ces modèles de soins collaboratifs, pour être efficace, associent en général, **deux approches organisationnelles** :

- un « **gestionnaire des soins de la dépression** » sur le site de soins primaire ;
- et une **coordination de l'équipe de soins primaires avec les soins de santé mentale de proximité**.

• **Les intervenants du modèle collaboratif**

Ces modèles mobilisent le médecin traitant, le psychiatre de proximité et un « gestionnaire des soins de la dépression ».

▪ **Le « gestionnaire des soins de la dépression »**

Il joue un rôle central dans le dispositif : c'est en général l'infirmier de soins primaires, qui est formé à la dépression, et qui assure selon des protocoles pluri-professionnels :

- Le repérage des patients déprimés,
- Le soutien du patient à participer aux activités de soins de sa dépression (alliance thérapeutique),
- La surveillance et le soutien à l'adhésion aux traitements,
- Le repérage des effets secondaires du traitement,
- Le suivi de l'efficacité des traitements sur les symptômes dépressifs (temps de réponse au traitement antidépresseur souvent après 6 à 10 semaines) : guérison, rémission, absence d'amélioration,
- Une fois le patient en rémission, un soutien et le repérage des rechutes, par un suivi téléphonique régulier,
- Le repérage des signes de la crise suicidaire,
- La surveillance de l'état nutritionnel,
- La réalisation du bilan éducatif partagé et la participation au dispositif / programme éducatif personnalisé du patient,
- La coordination des soins de la dépression en lien et sous la supervision du psychiatre et du médecin traitant.

Un gestionnaire des soins de la dépression est **supervisé par le psychiatre et le médecin traitant** lors de réunions d'équipe régulières sur le site de soins primaire.

Lors de ces réunions sont discutés, sur dossier, le suivi et les nouveaux cas de patients âgés déprimés. Le reste du temps, le psychiatre et/ou le médecin traitant restent disponibles pour répondre aux questions du gestionnaire de la dépression.

Le gestionnaire des soins de la dépression travaille en lien avec la famille et les aidants du patient.

▪ **Le médecin traitant**

Il est le pivot de la prise en charge. Il doit :

- Faire le diagnostic de la dépression,
- Encourager et soutenir le patient à participer aux activités de soins de sa dépression (alliance thérapeutique),
- Initier et maintenir les traitements antidépresseurs à des doses et durée adéquates,
- Traiter les problèmes médicaux concomitants ou sous-jacents,
- Évaluer et gérer la crise suicidaire,
- Adresser le patient à des soins spécialisés, si besoin hospitaliser,
- Participer aux réunions d'équipe de coordination des soins,
- Rester en lien et assurer la supervision conjointe du gestionnaire de la dépression, avec le psychiatre.

▪ **Le psychiatre de proximité**, spécialiste de la maladie dépressive :

Il assure la formation du gestionnaire de la dépression et valide avec le médecin traitant les protocoles pluri-professionnels.

Il assure la supervision du gestionnaire de la dépression :

- assiste aux réunions d'équipe et examine les plans de traitements des patients,
- reste disponible le reste du temps pour discuter des questions et urgences psychiatriques.

Il assure de consultations spécialisées au patient :

- pour le diagnostic et/ou les traitements des cas difficiles,
- en l'absence de rémission complète après 8 à 10 semaines de traitement,
- en cas de rechute ou de récurrence,
- pour l'évaluation et la gestion de la crise suicidaire.

S'il l'estime nécessaire, il assure un suivi psychiatrique en ambulatoire ou hospitalier ou des traitements complémentaires (psychothérapie, électro-convulsivothérapie, etc.).

Les autres intervenants

- Service hospitalier psychiatrique (hôpital de jour, équipe mobile de psychiatrie extrahospitalière, consultation), centre médico-psychologique, réseau de santé mentale ;
- Psychologue, pharmacien d'officine, diététicien, ergothérapeute ;
- Service hospitalier gériatrique, psycho-gériatrique, (hôpital de jour gériatrique, équipe mobile gériatrique et/ou psycho-gériatrique, consultations), réseau gériatrique ;
- Éducateur sportif, club de sport sénior ;
- Association d'usagers, pair aidant, les aidants professionnels.

• **Éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique est réalisée en séances individuelles ou en groupe, avec l'aidant, si le patient le souhaite.

● **L'équipe d'éducation thérapeutique :**

L'équipe éducative en ville comprend au moins trois professionnels avec nécessairement le médecin traitant, un psychiatre et un infirmier.

● Les objectifs spécifiques du bilan éducatif partagé « dépression »

- Identifier les savoirs de la personne, son vécu, ses représentations, ses croyances à propos de la maladie dépressive, des traitements de la dépression, de la crise suicidaire et de sa santé ;
- Comprendre son stade d'acceptation du problème : la personne se reconnaît-elle comme sujet déprimé, en appréhende-t-elle les conséquences, en particulier sur sa vie sociale et sur son entourage ?
- Prendre en compte ses ressources, ses stratégies d'ajustement et d'adaptation à sa maladie, ses potentialités d'apprentissage, ses priorités et son projet personnel ;
- Repérer et d'évaluer les difficultés sociales et les ressources externes ;
- Repérer les troubles de l'appétit, les pertes de poids et la dénutrition, les douleurs chroniques, les difficultés liées à une polymédication, les troubles dépressifs et les troubles cognitifs ;
- Demander au patient sa priorité du moment et définir avec lui les objectifs de son programme éducatif personnalisé.

● Le Guide d'entretien spécifique du bilan éducatif partagé « dépression »

Le bilan éducatif est réalisé à l'aide d'un guide d'entretien qui, à partir de questions simples, explore les différentes compétences à acquérir nécessaires pour gérer sa maladie.

Guide d'entretien « dépression » :

● Ce qu'il a ? (dimension biomédicale)

- Quels sont les problèmes de santé qui vous préoccupent le plus ?
- Qu'est-ce qui vous gêne le plus au quotidien ?
- Comment évaluer votre santé sur une échelle de 1 à 10 ?
- Votre traitement antidépresseur vous occasionne-t-il des désagréments ?
- Avez-vous maigri ? Avez-vous perdu l'appétit ? Comment mangez-vous ?
- Avez-vous des difficultés à vous endormir ou vous réveillez-vous très tôt le matin ? Avez-vous du mal à vous lever le matin ?
- Vous sentez-vous fatigué(e) un grande partie de la journée ?
- Depuis le début de votre dépression, avez-vous diminué, arrêté ou modifié vos activités habituelles (votre façon de vivre, vos sorties, vos activités, vos loisirs), et pour quelle raisons ?
- Négligez-vous votre présentation (toilette, habillement) ?
- Avez-vous l'impression d'être un fardeau ou une charge pour votre entourage ?
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

- Avez-vous déjà pensé à mourir, au suicide ?
- Avez-vous pensé à des moyens pour le faire ?
- Avez-vous pensé à quand le faire ?

● Ce qu'il sait ? (dimension cognitive et pédagogique)

- À votre avis, la dépression est-elle une maladie ? Quelles sont les causes de votre dépression ?
- Comment expliquez-vous vos propres troubles dépressifs ?
- Que vous a-t-on dit à propos de votre dépression ?
- Quels sont les symptômes (signes) que vous pensez en lien avec votre dépression ?
- Quel lien faites-vous entre la dépression et votre alimentation ou votre sommeil ?
- Quels liens faites-vous entre vos idées de mort et la maladie dépressive ?
- Que pouvez-vous faire pour lutter contre ces symptômes dans la vie quotidienne ?
- Connaissez-vous votre traitement ? A quoi il sert ? En prenez-vous d'autres ?

● Ce qu'il fait ? (dimension socio-professionnelle)

- Racontez-moi une journée type de votre vie (jour et nuit) ;
- Que faites-vous pour améliorer votre humeur ? Qu'est-ce qui vous fait plaisir à faire ?
- Que faites-vous pour entretenir votre vie sociale (sorties, loisirs, activités, etc.) ?
- Qui pouvez-vous alerter en cas de besoin ?
- Qui prépare vos repas ? Vos repas vous semblent-ils équilibrés ?
- Comment vivez-vous ? (type d'habitat, seul, entouré, présence d'un animal, etc.) ?
- Vous sentez vous en sécurité dans votre logement ?
- Avez-vous des difficultés pour prendre vos médicaments ?
- Suivez-vous les conseils des médecins concernant vos autres problèmes de santé (suivis de consultations, d'exams, de mesures hygiéno-diététiques) ?

● Qui est-il ? (dimension psycho-affective)

- D'après vous, votre santé dépend plutôt : de vous, de votre famille, de l'environnement, de votre médecin, de votre traitement ?
- Comment cela se passe-t-il avec votre famille ? Votre entourage ? Les aides à domicile ?
- À qui avez-vous parlé de votre dépression ? Comment réagissent-ils ?
- Êtes-vous inquiet(ète) ? Quelles sont vos préoccupations ?
- En ce moment, qu'est-ce qui vous pose le plus de problèmes ?

● Ce qu'il veut, son projet ? (dimension motivationnelle)

- Qu'aimez-vous faire ?
- Qu'est-ce qui est important pour vous ?
- Quels sont vos projets actuellement ?
- Qu'avez-vous envie de faire ?
- Comment pensez-vous y arriver ?
- Comment peut-on vous aider ?
- Seriez-vous d'accord pour participer à un programme en lien avec vos difficultés ?

Remerciement : La HAS remercie le Pr Sylvie Bonin-Guillaume, le Dr Xavier Zendjidjian et le Dr Olivier Drunat pour leur contribution majeure à l'élaboration de ce cadre référentiel.

Notes bibliographiques

1. Centre de recherche de l'Institut universitaire de Gériatrie de Montréal, Auger C, Demers L. Évaluation des habitudes de déplacements – version canadienne française du «UAB Life-Space Assessment» (LSA-F). Montreal: IUGM; 2008.

2. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003;289(23):3145-51.

3. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW, Jr., Kroenke K, Lin EH, *et al.* Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;332(7536):259-63.

4. MOBIQUAL, Société française de gériatrie et de gérontologie. Dépression chez la personne âgée à domicile : repérer, évaluer, identifier les risques suicidaires et prendre en soins. Suresnes: SFGG; 2013.

5. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Réanimation* 2008;17:783-9.

Rapports HAS :

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Fédération française de psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge - 19 et 20 octobre 2000. Conférence de consensus. Amphithéâtre Charcot - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Paris: ANAES; 2000.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>

2. Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428595/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant;%2001%20novembre%202005.

3. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf

4. Haute Autorité de Santé. Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. Réponse à la saisine du 3 juillet 2012 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/referentiel_concernant_evaluation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf

5. Haute Autorité de Santé. Synthèse médicale. Volet de synthèse médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/asip_sante_has_synthese_medicale.pdf

6. Haute Autorité de Santé. Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/cahier_des_charges_etp_paerpa_web.pdf

7. Haute Autorité de Santé. Plan personnalisé (PPS) PAERPA. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

8. Haute Autorité de Santé, Société française de documentation et de recherche en médecine générale. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention_des_chutes_-_argumentaire.pdf

9. Haute Autorité de Santé, Société française de Gériatrie et Gérontologie. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr