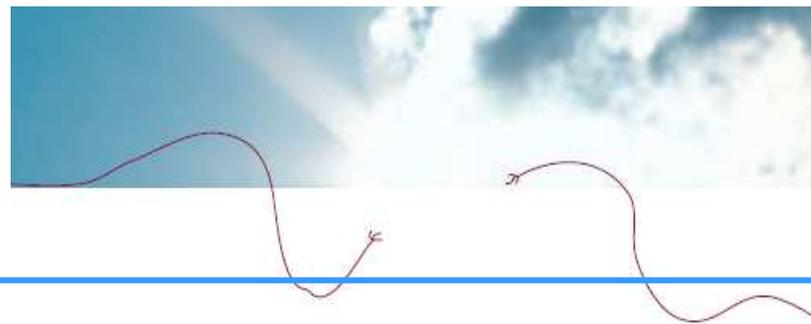


DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé



Repérage, démarche diagnostique, identification de signes d'alerte et stratégie de prise en charge

Action nationale pour l'amélioration
de la qualité des pratiques professionnelles
en EHPAD, établissements de santé et à domicile,
au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

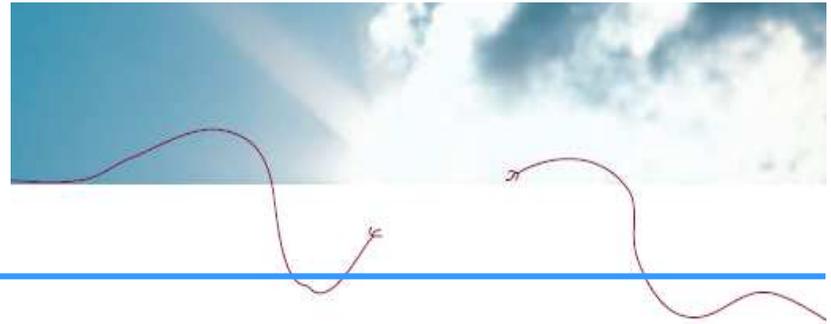


Mise en œuvre :
Société Française de Gériatrie et Gérologie,
avec le soutien de la
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé



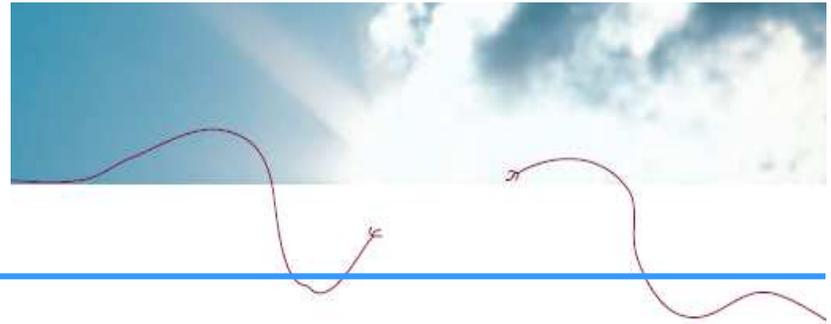
Démarche et objectifs

- Une **démarche de santé publique** à l'initiative de la **Direction générale de la Santé**
- Un **outil**, la « **mallette Dépression** », réalisé par la **Société Française de Gériatrie et Gériatologie** :
 - ✓ bénéficiant de l'expertise de gériatres et d'acteurs du champ de la psychiatrie
 - ✓ élaboré en collaboration avec la F.F.A.M.C.O.-E.H.P.A.D., la Fédération Française de Psychiatrie et la Société de Psychogériatrie de Langue Française

DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé



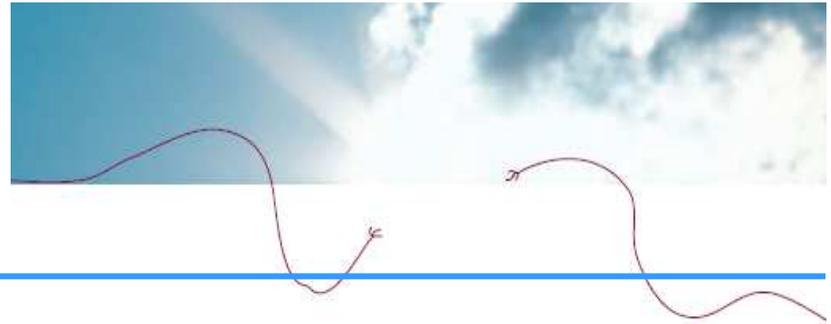
Pourquoi un outil sur la dépression chez la personne âgée ?

- **La dépression est très fréquente chez la personne âgée, mais négligée, méconnue ou mal traitée (60% à 70% des symptômes dépressifs).**
Elle doit être distinguée du vieillissement normal (deuils et crise du vieillissement).
- **La dépression diminue la durée de vie, augmente le recours aux soins, la dépendance et l'institutionnalisation.**
- **La dépression chez la personne âgée est associée à des risques somatiques, fonctionnels et suicidaires élevés.**

DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé



Les particularités cliniques de la dépression

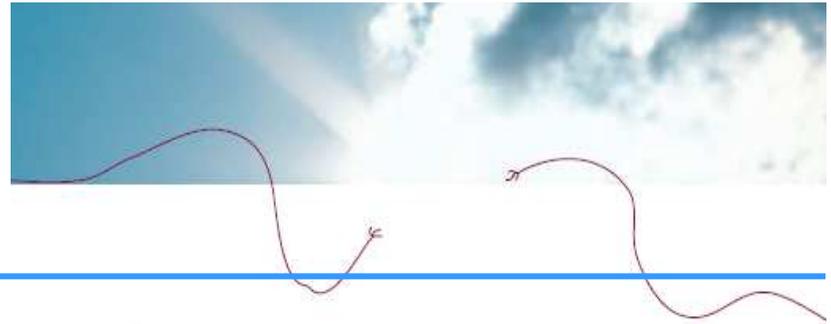
chez le sujet âgé

- **Expression moindre de la tristesse**
- **Plaintes somatiques fréquentes (forme de dépression masquée)**
Un syndrome douloureux doit systématiquement faire évoquer une dépression chez la personne âgée
- **Plainte subjective de mémoire, voire des troubles cognitifs avérés**
Une dépression avec déficit cognitif ou une forme de dépression délirante doit faire rechercher un possible syndrome démentiel
- **Anxiété et/ou troubles du caractère plus marqués (dépression hostile, dépression anxieuse)**
- **Apathie associée**
- **Dépression mélancolique, urgence thérapeutique**
(retentissement somatique rapide, risque suicidaire élevé, syndrome de glissement)
- **Dépression à début tardif,**
survenant chez un patient de 60 ans et plus, sans antécédent dépressif, la plus fréquente chez le sujet âgé

DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé

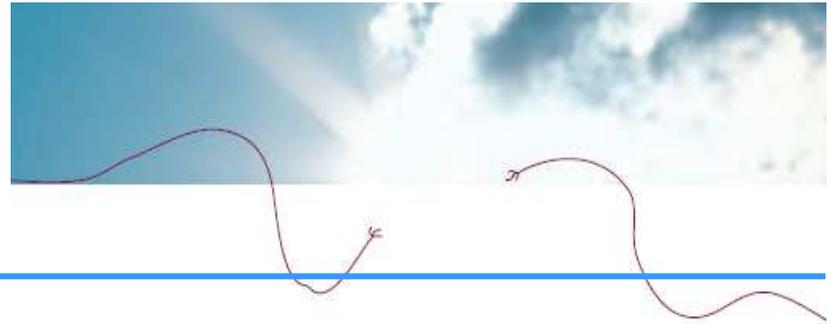


Repérer une symptomatologie dépressive

chez le sujet âgé

- **Situation à risque : entrée en institution**
- **Facteurs de risque :**
 - **Sexe féminin**
 - **Antécédent dépressif personnel ou familial**
 - **Pathologie somatique** (chronique, invalidante et/ou douloureuse)
 - **Perte d'autonomie**
 - **Fonction d'aidant auprès d'une personne dépendante**
 - **Personne âgée polymédicamentée**
- **Signes d'alerte récents :**
 - **Changements récents de l'humeur ou des comportements**
 - **Points d'appel somatiques** (douleur, amaigrissement ou trouble de l'appétit, asthénie, ralentissement moteur, troubles du sommeil, prurit généralisé)

DÉPRESSION et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS chez le sujet âgé



Outils de dépistage de la dépression

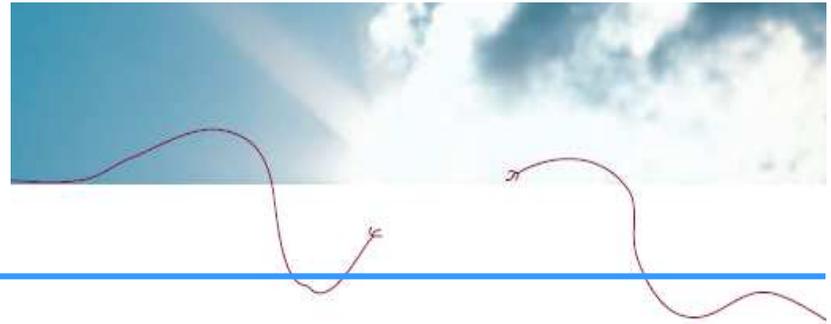
chez sujet âgé

- **Echelle de dépression gériatrique (GDS)** : échelle d'auto-évaluation de référence.
- **Mini GDS** : outil de repérage
- **Inventaire Apathie** : évaluation de l'apathie
 - 4 versions :
 - accompagnant
 - patient
 - soignant ambulatoire
 - soignant en institution
- **Inventaire neuropsychiatrique, version destinée aux équipes soignantes (NPI-ES), pour les patients présentant une détérioration intellectuelle sévère en EHPAD.**
La dépression et l'apathie sont deux des douze symptômes neuropsychiatriques explorés par le NPI.
- **MMSE – évaluation cognitive globale** (en cas de suspicion de troubles cognitifs)

DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé



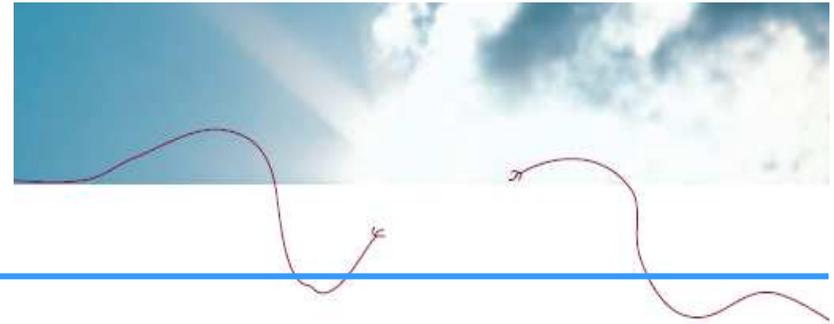
Démarche diagnostique

- **Évaluation globale :**
aucun outil de repérage ne se suffit à lui-même.
 - Histoire de la maladie
 - Évaluation psychologique et cognitive
 - Examen clinique complet
 - Examens para-cliniques
- **Évaluation du risque suicidaire :**
chez la personne âgée, la tentative de suicide n'a pas valeur d'appel, c'est une urgence justifiant une hospitalisation.
 - Prise en compte systématique de la plainte suicidaire
 - Évaluation de la crise suicidaire : facteurs de risque, urgence suicidaire et dangerosité suicidaire

DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé



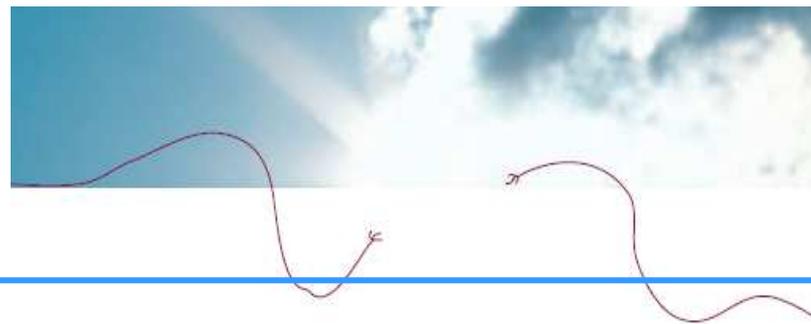
Prise en charge de la dépression

- **Trois objectifs**
 - Amélioration des symptômes
 - Restauration fonctionnelle
 - Prévention des rechutes et des récurrences
- **Trois volets complémentaires**
 - **Traitement médicamenteux** (posologie progressive, durée suffisante de traitement, surveillance régulière)
 - **Accompagnement psychologique précoce** (informer et motiver le patient)
 - **Amélioration du soutien social et familial** (association de la famille et de l'entourage, avec l'accord du patient)
- **Interdisciplinarité et collaboration** entre les intervenants et l'entourage familial, au domicile ou en institution (réduction du risque de rechute ou de récurrence)
- **Prise en charge personnalisée, réévaluée et réajustée régulièrement**

DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé



PRESENTATION DE L'OUTIL PEDAGOGIQUE

Repérage, démarche diagnostique,
identification de signes d'alerte
et stratégie de prise en charge

Action nationale pour l'amélioration
de la qualité des pratiques professionnelles
en EHPAD, établissements de santé et à domicile,
au bénéfice des personnes âgées et handicapées.



Mise en œuvre :
Société Française de Gériatrie et Gérologie,
avec le soutien de la
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé

Une valisette qui contient ...

✓ Une plaquette de présentation

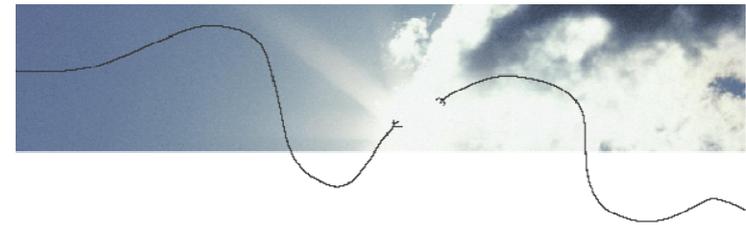
I. Définitions et description clinique

II. Quand et comment repérer une symptomatologie dépressive chez le sujet âgé ?

III. Démarche diagnostique

IV. Quelle prise en charge de la dépression ?

BIBLIOGRAPHIE



DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé

REPÉRAGE, DÉMARCHÉ DIAGNOSTIQUE,
IDENTIFICATION DES SIGNES D'ALERTE
ET STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE.



PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dans le cadre du programme MobiQual



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



En collaboration avec :
Fédération Française de Psychiatrie
Société de Psychogériatrie de Langue Française
Fédération Française des Associations de Médecins Coordinateurs en EHPAD.

DÉPRESSION

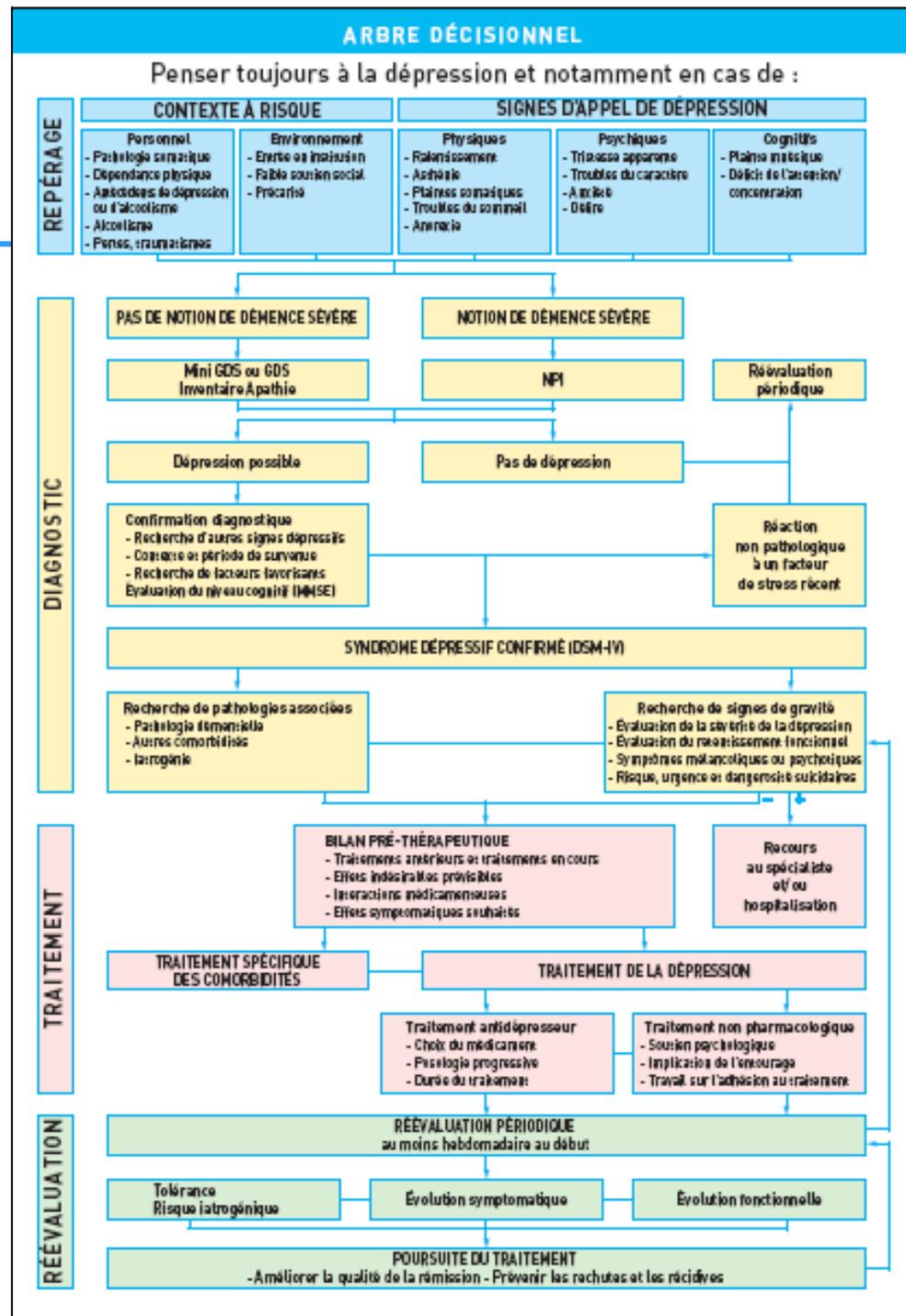
et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé

✓ Un arbre décisionnel



ARBRE DÉCISIONNEL Repérage, démarche diagnostique, identification des signes d'alerte et stratégie de prise en charge.



✓ Des outils de repérage

Mini GDS



MINI GDS

En l'absence de détérioration cognitive sérieuse, la **mini GDS** est un très bon outil de repérage.

DÉPRESSION et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

chez le sujet âgé



PATIENT :

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Âge : _____

Date : _____ Cotuteur : _____ Service : _____

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 vaine ? 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.

*Clémont 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.

✓ Des outils de repérage

Inventaire Neuropsychiatrique

NPI- ES (item dépression)



INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE (NPI-ES)



Item dépression

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE (NPI-ES) VERSION POUR EQUIPE SOIGNANTE

Le NPI-ES peut être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante ou par un évaluateur externe (par exemple médecin) qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe. 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES. Seul le domaine dépression est exploré sur la présente fiche.

- L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence.
- Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant d'autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou la dernière évaluation). Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par "oui" ou "non".
- Déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient, le poste qu'il occupe, son rôle.

QUESTIONS

- Si la réponse à la question de sélection est positive, il faut marquer "OUI".
- Il faut alors poser les questions complémentaires pour préciser s'il existe d'autres signes en faveur du syndrome ou du comportement exploré.
- S'il persiste un doute sur la réponse donnée par le soignant, ou encore s'il y a écart entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance, il faut marquer "OUI".

FRÉQUENCE

- Posez la question suivante au soignant :
"avec quelle fréquence ces problèmes se produisent-ils ? (à quelle fréquence le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les questions complémentaires) : Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ?"
- Coter la fréquence selon les scores fournis dans l'échelle.

GRAVITÉ

- Posez la question suivante :
"Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? À quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ?"
- Coter la gravité selon les scores fournis dans l'échelle.

On peut aussi établir un score global, qui est le produit "Fréquence x Gravité" (FxG)
 Un score F x G > 3 est considéré comme cliniquement très significatif.
 Un score F x G entre 1 et 3 ne permet pas d'exclure un état dépressif
 (Nécessité de surveillance et d'autres investigations).

INVENTAIRE

item dépression

Version simplifiée de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI-ES)

Investigateur : _____	Date : _____
Nom du patient : _____ Prénom : _____	Âge : _____

QUESTIONS DE SÉLECTION

- 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

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

Pas du tout	1	Modérément	3
Minime	2	Sévèrement	4
Légerement	3	Très sévèrement, extrêmement	5

The Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version (NPI-NH) version 2.1 (12/1998), J.L.Cummings
 Traduction française PH Robert/V.Lalonde, 1998. Le NPI est protégé par un copyright.

Repérage et démarche diagnostique de la dépression chez le sujet âgé

REPÉRAGE et DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE de la dépression chez le sujet âgé



CRITÈRES D'EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

- Le diagnostic d'état dépressif a été établi aux termes d'un repérage détaillé des symptômes dépressifs.
- Les signes de gravité psychologiques et physiques ont été recherchés.
- Le risque, l'urgence et la gravité d'une crise suicidaire ont été évalués.
- Le bilan pré-thérapeutique a été effectué, avec l'aide de l'entourage et des soignants impliqués.
- Le traitement est personnalisé dans son choix, dans l'adaptation de sa posologie, tient compte des comorbidités et des co-prescriptions.
- Une évaluation au minimum hebdomadaire de son efficacité et de sa tolérance est prévue.
- Des réévaluations de suivi (hebdomadaires au début) sont planifiées.
- Un recours à un avis spécialisé est envisagé en cas de gravité de l'état et/ou d'inefficacité.
- Le patient et l'entourage ont été informés des modalités de suivi et ont été motivés pour ce suivi.

REPÉRAGE et DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

de la DÉPRESSION chez le sujet âgé

Les étapes suivantes doivent être systématiquement abordées. Cette liste n'est pas exhaustive et peut être complétée selon les cas. Une description complète des instruments proposés est fournie dans la mallette.

Investigateur :	Date :
Nom du patient :	Prénom : Âge :

1. RECHERCHER LES SIGNES D'APPEL	
Contexte physique, psychologique et/ou social défavorable	<input type="checkbox"/>
Plaintes somatiques, douleurs	<input type="checkbox"/>
Ralentissement psycho-moteur	<input type="checkbox"/>
Anorexie, amaigrissement	<input type="checkbox"/>
Plainte subjective de perte de mémoire, d'attention ou de concentration	<input type="checkbox"/>
Anxiété et/ou troubles du caractère (irritabilité, colère, impatience)	<input type="checkbox"/>
Apathie : perte d'initiative, d'intérêt et/ou de l'expression des émotions	<input type="checkbox"/>
2. PROPOSER UNE MINI CDS AU SUJET (voir fiche)	
3. RECHERCHER LES AUTRES SYMPTÔMES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF (DSM-IV)	
Humeur dépressive	
- signalée par le sujet (se sent triste ou vide)	<input type="checkbox"/>
- observée par les autres (mimique triste, pleurs)	<input type="checkbox"/>
Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités (signalée par le sujet ou observée par les autres)	<input type="checkbox"/>
Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours	<input type="checkbox"/>
Insomnie ou hypersomnie	<input type="checkbox"/>
Agitation ou ralentissement psychomoteur	<input type="checkbox"/>
Fatigue ou perte d'énergie	<input type="checkbox"/>
Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision	<input type="checkbox"/>
4. RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITÉ	
Troubles cognitifs et/ou apathie → Début de démence ? <input type="checkbox"/>	
Risque somatique : dénutrition, aggravation des comorbidités, perte d'autonomie <input type="checkbox"/>	
Symptômes psychotiques : délire de persécution, hallucinations <input type="checkbox"/>	
Risque suicidaire :	
- abus d'alcool, de médicaments	<input type="checkbox"/>
- dévalorisation, culpabilité	<input type="checkbox"/>
- pessimisme, découragement, désespoir	<input type="checkbox"/>
- pensées de mort, comportements de retrait	<input type="checkbox"/>
- idées suicidaires, projet suicidaire, tentative de suicide	<input type="checkbox"/>
5. INFORMER LE PATIENT SUR L'ÉTAT DÉPRESSIF ET SUR LES SOINS	
Traitement médicamenteux d'une durée de 6 à 12 mois minimum	<input type="checkbox"/>
Soutien psychologique et social	<input type="checkbox"/>
6. BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE ET MISE EN PLACE DU TRAITEMENT	
Traitements antérieurs	<input type="checkbox"/>
Effets indésirables prévisibles	<input type="checkbox"/>
Interactions médicamenteuses	<input type="checkbox"/>
Effets symptomatiques souhaités	<input type="checkbox"/>
7. CONSULTATION DE SUIVI RA PROCHÉE PROGRAMMÉE	
	<input type="checkbox"/>
8. VÉRIFICATION DE LA DHÉSION DU PATIENT AU SUIVI PROPOSÉ	
	<input type="checkbox"/>

Repérage et démarche diagnostique de la dépression en cas de maladie d'Alzheimer ou apparentée (notamment en EHPAD)

REPÉRAGE et DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE de la dépression chez le sujet âgé



CRITÈRES D'EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

- Le diagnostic d'état dépressif a été établi aux termes d'un repérage détaillé des symptômes dépressifs.
- Les signes de gravité psychologiques et physiques ont été recherchés.
- Le risque, l'urgence et la gravité d'une crise suicidaire ont été évalués.
- Le bilan pré-thérapeutique a été effectué, avec l'aide de l'entourage et des soignants impliqués.
- Le traitement est personnalisé dans son choix, dans l'adaptation de sa posologie, tient compte des comorbidités et des co-prescriptions.
- Une évaluation au minimum hebdomadaire de son efficacité et de sa tolérance est prévue.
- Des réévaluations de suivi (hebdomadaires au début) sont planifiées.
- Un recours à un avis spécialisé est envisagé en cas de gravité de l'état et/ou d'inefficacité.
- Le patient et l'entourage ont été informés des modalités de suivi et ont été motivés pour ce suivi.

REPÉRAGE et DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

de la DÉPRESSION en cas de maladie d'Alzheimer ou apparentée (notamment en EHPAD)

Les étapes suivantes doivent être systématiquement abordées. Cette liste n'est pas exhaustive et peut être complétée selon les particularités de chaque cas. L'évaluation doit prendre en compte tous les points de vue, celui du patient, celui d'un accompagnant familial et/ou du soignant. Une description complète des instruments proposés est fournie dans la mallette.

Investigateur : _____	Date : _____
Nom du patient : _____	Prénom : _____
	Âge : _____

1. SIGNES D'APPEL (changements par rapport à l'état habituel)

- Contexte physique, psychologique et/ou social défavorablement modifié
- Plaintes somatiques, douleurs
- Ralentissement psycho-moteur, baisse de l'expression verbale
- Anorexie, amaigrissement
- Anxiété et/ou troubles du caractère (irritabilité, colère, impatience) et/ou délire
- Apathie : perte d'initiative, d'intérêt et/ou de l'expression des émotions

2. ÉVALUATION DE LA DÉPRESSION ET DE L'APATHIE (voir fiches)

- MINI GDS (Sujet)
- Inventaire apathie (Patient)
- NPI Dépression (Accompagnant-Soignant)
- Inventaire apathie (Accompagnant-Soignant)

3. RECHERCHER LES AUTRES SYMPTÔMES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF (DSM-IV)

- Humeur dépressive
 - signalée par le sujet (se sent triste ou vide)
 - observée par les autres (mimique triste, pleurs)
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour presque toutes les activités (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision

4. ÉVALUER LES PERFORMANCES COGNITIVES (au minimum avec un MMSE)

- Orientation temporo-spatiale
- Capacités de compréhension et de jugement du contexte
- Mémoire à court terme
- Aptitude à comprendre le langage verbal et à s'exprimer

5. INFORMER LE PATIENT ET L'ENTOURAGE SUR L'ÉTAT DÉPRESSIF ET SUR LES SOINS

- Traitement médicamenteux d'une durée de 6 à 12 mois minimum
- Soutien psychologique et social

6. BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE ET MISE EN PLACE DU TRAITEMENT

- Traitements antérieurs
- Effets indésirables prévisibles
- Interactions médicamenteuses
- Effets symptomatiques souhaités

7. IMPLICATION DE L'ÉQUIPE, DU MÉDECIN TRAITANT et/ou COORDONNATEUR

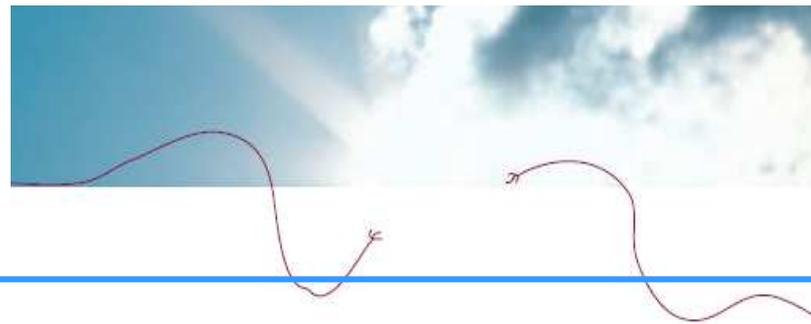
-

8. CONSULTATION DE SUIVI RAPPROCHÉE PROGRAMMÉE

-

DÉPRESSION

et SYMPTÔMES DÉPRESSIFS
chez le sujet âgé



... et un CD de tous les « outils »
sous forme de documents PDF
imprimables

