	PROCEDURE DE DEPISTAGE D'EVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION ET DU RISQUE DE SUICIDE		Nb de pages : 13
			Date de création <i>03/12/2013</i>
Rédaction : <i>Dr Adrian KLAPOUSZCZAK Dr Robert ABADIE</i>	Vérification : <i>Dr Christophe ARBUS Dr Thierry VOISIN</i>	Validation : Groupe FMC Gériatrie & Méd-Co	Références : DSM-IV/ MOBIQUAL/ ANAES/ GRECO/ Mme Anaik BIROT ALCOUFFE
Date d'application	Version 01	Dates de révision	

1. GENERALITES ET QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

La dépression est une pathologie très **fréquente chez la personne âgée**, mais **souvent non diagnostiquée ou mal traitée**. En France, les symptômes dépressifs sont retrouvés chez environ 13% des sujets de plus de 65 ans contre 2 à 3% dans la population plus jeune. Elle peut atteindre 40 à 50% des résidents institutionnalisés. Des études ont montré que seulement une faible proportion d'entre eux bénéficie d'un traitement adéquat (11% à 15%). Parmi les sujets dépressifs, 34% sont insuffisamment traités et 55% sont laissés sans traitement.

La dépression altère la qualité de vie et a un impact négatif sur la dépendance, l'institutionnalisation, la consommation de soins ou sur la durée de vie. Elle est associée à un risque de suicide élevé, à des conduites addictives, surtout d'alcoolisation chronique. Elle est un facteur indépendant de surmortalité, estimé à plus de 50% à trois ans.

L'évolution de la maladie est marquée par un **risque important de rechute** (10 à 15%) et de **chronicité** (environ un tiers des cas à 6 ans). Son poids économique est considérable.

Concernant le risque suicidaire, il n'existe pas de données connues concernant le taux de suicide en EHPAD. Les caractéristiques du suicide de la personne âgée sont : l'intention suicidaire, le recours à plusieurs moyens et enfin la planification et la radicalité du geste. La fréquence des états dépressifs est confirmée par toutes les études retrouvées chez 83 à 87% des suicidants. (*Monfort JC La dépression du sujet âgé: revue bibliographique Ann. Med. Psychol.,1994*). La prise en charge de la dépression a un effet très protecteur chez les personnes de plus de 65 ans. (*Gibbons RD, Brown CH, Hur K et Al Relationship between antidepressants and suicide attempts, 2007*)

La prévention de la dépression en EHPAD est un travail d'équipe garant de l'amélioration de la qualité de vie des résidents. **Trois cibles** sont envisageables **en EHPAD** :

- **Favoriser le bien-être des résidents** : préparer l'entrée en EHPAD, valoriser les capacités, garantir une prise en charge de qualité des pathologies chroniques et soulager la douleur.
- **Formation du personnel** : aider les personnels à mieux appréhender les questions liées à la fin de vie, la mort, dépistage et prévention du burn-out des soignants...
- **Organiser pour mieux accompagner** : favoriser le soin relationnel et maintenir les liens familiaux, proposer un environnement étayant et convivial.

2. DEFINITION PARTICULARITES DE LA DEPRESSION CHEZ LA PERSONNE AGE

La dépression de la personne âgée se manifeste par des **affects dépressifs** (tristesse, dévalorisation, pessimisme) et un **ralentissement psychomoteur** fréquent, auxquels s'associent, à des degrés divers, anxiété et troubles de l'appétit et du sommeil.

Il faut essayer de la **différencier de l'apathie** (émoussement affectif, perte d'initiative et perte d'intérêt) qui est une autre lignée de symptômes souvent associée à la symptomatologie dépressive chez le sujet âgé notamment lors d'une démence et qui peut exister de façon indépendante.

Chez la personne âgée il faut noter la fréquence plus importante des **formes atypiques** :

- Expression moindre de la tristesse
- Perte d'intérêt et de plaisir
- Plaintes somatiques fréquentes (forme de dépression masquée)
- Plainte subjective de mémoire, voire des troubles cognitifs avérés
- Anxiété et/ou symptômes psycho-comportementaux plus marqués (dépression anxieuse, dépression hostile)
- Dépression mélancolique (urgence thérapeutique)
- Dépression à début tardif (> 65-70 ans)

3. CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DEPRESSION

Les critères de la dépression majeure retenus sont ceux définis par le DSM-IV.

A NOTER qu'il n'existe pas de rubrique spécifique sur la dépression de la personne âgée et très âgée dans le DSM IV, ni dans la CIM 10

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. **Humeur dépressive** présente pendant pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.

2. **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3. **Perte ou gain de poids significatif** en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4. **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.

5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. **Fatigue ou perte d'énergie** presque tous les jours.

7. **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement de se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. **Pensées de mort récurrentes** (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple une hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Chez le sujet âgé, la présentation clinique est souvent assez loin des critères du DSM-IV. L'intensité et le nombre des symptômes sont moins importants. La période de 2 semaines consécutives est plus difficile à caractériser, l'évolution pouvant être plus fluctuante.

Les états dépressifs majeurs ou caractérisés tels que définis dans le DSM-IV ne représentent que 12%, les dysthymies 18% et les syndromes cliniques significatifs 59% des états dépressifs du sujet âgé. L'impact fonctionnel et évolutif de ces formes mineures ou sub-syndromiques reste aussi sombre que dans les dépressions majeures.

4. ORGANISATION CHRONOLOGIQUE DU DEPISTAGE DE LA DEPRESSION ET DE SON SUIVI

Le repérage de la dépression est réalisé par l'ensemble du personnel de l'EHPAD qui doit être vigilant dans les situations à risque suivantes :

- Facteur environnemental : période d'entrée, faiblesse ou modification du soutien familiale ou relationnel, décès d'un proche...
- Facteur personnel : antécédent de dépression, pathologie somatique, alcoolisme, aggravation de la dépendance, chute...

Le personnel est formé pour repérer les signes d'appel de la dépression :

- Signes physiques : ralentissement, asthénie, plaintes somatique, trouble du sommeil, anorexie,
- Signes psychiques : tristesse, trouble du caractère, anxiété, délire,
- Signes cognitifs : plaintes mnésiques, déficit de l'attention ou de la concentration, modification rapide du score MMS.

Le diagnostic de la dépression est avant tout clinique et repose sur l'examen et l'entretien avec l'entourage. L'utilisation des échelles dans l'EHPAD peut aider à attirer l'attention du médecin traitant sur des situations à risque.

Les échelles pour le dépistage de la dépression en EHPAD sont sélectionnées en fonction du statut cognitif du résident (*Voir annexe 2*) :

- En l'absence de syndrome démentiel diagnostiqué ou suspecté on utilise :
 - la GDS 15
 - ou la Mini-GDS (*si la GDS15 apparait non adaptée ou non réalisable*)
- Chez un résident qui présente une démence diagnostiquée au stade léger ($20 \leq \text{MMS} < 24/26$) on utilise au choix et selon le contexte :
 - la GDS 15
 - ou l'échelle de CORNELL
- Chez un résident qui présente une démence diagnostiquée au stade modéré ($10 < \text{MMSE} < 20$) on utilise :
 - l'échelle de CORNELL
- En cas de démence sévère ($\text{MMSE} < 10$), le diagnostic de la dépression est difficile, on peut s'aider de :
 - l'échelle de CORNELL
 - ou l'idem dépression de l'échelle NPI-ES.

Cette évaluation est à faire par le psychologue ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD :

- A distance de l'entrée et dans la période des 3 premiers mois.
- Idéalement lors du Projet Personnalisé.
- Contextuellement, quand il apparait une modification du comportement ou de l'humeur.

Les résultats sont communiqués au médecin traitant à qui il appartient de confirmer le diagnostic de dépression. Il convient de rechercher d'éventuelles associations de maladies et/ou un facteur iatrogène (*Voir annexe 1*).

En cas de dépression avérée, le médecin traitant décidera de la nécessité de la mise route ou la modification d'un traitement médicamenteux. En collaboration avec la psychologue et l'ensemble de l'équipe une prise en charge spécifique non-médicamenteuse peut être organisée au mieux dans le cadre d'un Projet Personnalisé.

Le risque suicidaire est dépisté, évalué et pris en charge en suivant les directives et préconisations du protocole risque suicidaire. En cas de risque suicidaire important ou dans les formes graves (mélancoliques, délirantes ou anorexiques), l'option d'une hospitalisation ou d'une consultation spécialisée est à envisager.

Une réévaluation doit être réalisée dans les trois mois suivants la mise en place de la prise en charge spécifique et à l'occasion du Projet Personnalisé. En cas de persistance de la symptomatologie malgré une prise en charge adaptée, il convient de demander l'avis d'un spécialiste.

5. PROTOCOLE DE DEPISTAGE, D'ÉVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE DU RISQUE SUICIDAIRE EN EHPAD

5.1- Le dépistage du risque suicidaire en EHPAD

L'ensemble du personnel de l'EHPAD doit être formé au repérage de signes d'alerte du risque suicidaire et la survenue de facteurs précipitant :

➔ Signes d'alerte

- Épuisement, renoncement ou « lâcher prise »,
- Sentiment de perte d'appartenance,
- Sentiment de désespoir,
- Amélioration « inexplicée » brutale avec mise en ordre de ses affaires.

➔ Facteurs précipitant

- Perte d'un être cher,
- Conflit ou rupture des liens familiaux,
- Annonce ou rechute d'une maladie grave,
- Perte d'autonomie brutale,
- Mise sous protection juridique,
- Vente du domicile antérieur.

5.2- L'évaluation du risque suicidaire

La gravité du risque suicidaire est évaluée selon 3 dimensions comme le préconise l'ANAES :

- **Analyse de la balance entre les « facteurs de risque » et les « facteurs de protection »**,
- **Analyse de la dangerosité**,
- **Analyse de l'urgence à intervenir**.

L'analyse plurifactorielle de la situation du résident doit se conclure par une **évaluation du risque suicidaire** avec une appréciation à 3 niveaux validée par le psychologue et le médecin coordonnateur : **Risque faible / Risque moyen / Risque fort**

5.2.1-Analyse des « Facteurs de risque »

Les 6 principaux facteurs de risque suicidaire sont :

- Antécédents connus de tentatives de suicide,
- Psychopathologie,
- Vulnérabilité psychique,
- Événements de vie,
- Éléments médicaux,
- Signes cliniques.

La **grille d'évaluation des facteurs du risque suicidaire en EHPAD dans sa version abrégée** (*cf annexe*) est à compléter par un professionnel soignant de l'EHPAD à partir de l'histoire de vie, du dossier de soins et des observations de l'équipe. Elle sera utilisée lorsqu'une **situation à risque aura été dépistée** surtout dans un **contexte de dépression diagnostiquée** ou de façon systématique dans la **période d'arrivée du résident et à l'occasion du Projet Personnalisé**. **Si parmi les 6 principaux signaux d'alerte, au moins deux sont cochés, le risque de passage à l'acte est non négligeable**. Dans ce cas il est indiqué que le psychologue ou le médecin coordonnateur argumente la **version complète de la grille d'évaluation** (*cf annexe*) afin de mieux analyser la vulnérabilité et les ressources du résident.

5.2.2-Analyse des « Facteurs protecteurs »

Les principaux facteurs considérés comme « protecteurs » du risque de passage à l'acte sont :

- Un environnement social et familial vécu comme soutenant,
- Un sentiment de responsabilité vis à vis d'un proche,
- La crainte de la désapprobation sociale,
- Une capacité à maintenir des investissements et à conserver la faculté à éprouver du plaisir,
- La peur de la mort,
- Des références morales ou religieuses,
- Une prise en charge thérapeutique adaptée.

5.2.3-Analyse de la dangerosité

- Par l'analyse de la dangerosité du scénario suicidaire lorsqu'il a été verbalisé ou recherché par l'entretien clinique. On évaluera tout particulièrement :
 - Le niveau de souffrance
 - Le degré d'intentionnalité
 - La présence d'éléments d'impulsivité
 - L'existence de facteurs précipitant
- Par l'analyse de la dangerosité du lieu de vie avec :
 - examen des modes opératoires possibles,
 - observation de la chambre et lieux de vie (à l'intérieur et à l'extérieur de la structure)

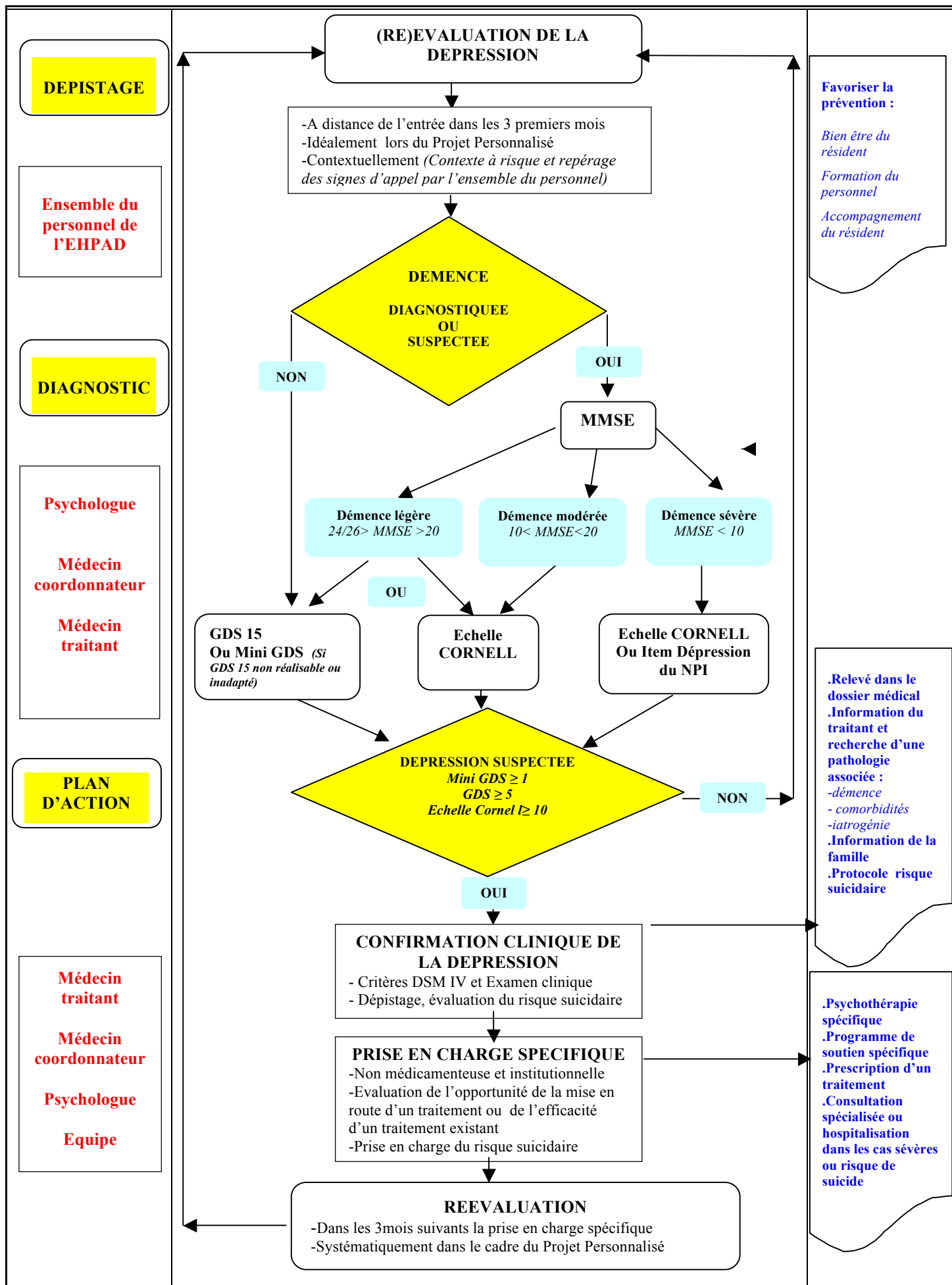
5.2.4- Analyse de l'urgence à intervenir

La caractérisation de l'urgence à intervenir s'effectue avec une échelle à 3 niveaux :

- ➔ **Urgence « faible »**, une personne âgée qui :
 - o pense au suicide sans scénario précis
 - o fait référence à des stratégies pour faire face à la crise
 - o est psychologiquement en souffrance sans être anormalement troublée
 - o a établi un lien de confiance avec les soignants
 - o est en quête de communication
 - o cherche des solutions à ses problèmes
- ➔ **Urgence « moyenne »**, une personne âgée qui :
 - o a un équilibre émotionnel fragile
 - o envisage le suicide et son intention est claire
 - o a planifié un scénario suicidaire dont l'exécution est reportée
 - o ne voit pas de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir
 - o a besoin d'aide et exprime plus ou moins directement son désespoir
- ➔ **Urgence « élevée »**, une personne âgée qui :
 - o est décidée: planification et date fixées
 - o est coupée de ses émotions: rationalisation de la décision ou bien grande agitation
 - o se sent profondément désespérée et isolée
 - o exprime en permanence sa souffrance ou n'en laisse rien paraître
 - o a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
 - o a le sentiment d'avoir tout fait tout essayé

5.3- La conduite à tenir graduée selon l'intensité du risque suicidaire

- ➔ **Si risque suicidaire FAIBLE**
 - Prévenir le médecin traitant
 - Surveillance soignante
 - Entretien d'évaluation et de soutien
 - Réévaluation du risque suicidaire
- ➔ **Si risque suicidaire MOYEN**
 - Prévenir le médecin traitant, le médecin coordonnateur et s'assurer qu'un traitement psychotrope est en place et efficace
 - Surveillance soignante de jour comme de nuit
 - Protocole de sécurisation de l'environnement
 - Consultation spécialisée et entretiens de soutien
 - Réévaluation du risque suicidaire
- ➔ **Risque suicidaire ELEVE**
 - Urgence: Prévenir le médecin traitant et coordonnateur et/ou le centre 15 pour un avis spécialisé
 - Hospitalisation (si besoin en HDT ou HO)
 - Surveillance soignante accrue et Protocole de sécurisation de l'environnement



Annexe 1 : MALADIES ET MEDICAMENTS ASSOCIES A LA DEPRESSION

Troubles endocriniens et métaboliques	Hypo- ou hyper-thyroïdie Hypercalcémie Dénutrition Anémie pernicieuse Maladie d'Addison Syndrome de Cushing
Néoplasies	Poumon Pancréas Autres
Maladies neurologiques	Accidents vasculaires cérébraux Tumeurs Maladie de Parkinson Sclérose en plaque Démence vasculaire ou d'Alzheimer
Infections	Brucellose SIDA Neurosyphilis
Médicaments*	Associations bien établies Corticostéroïdes Méfloquine Interféron-alpha Interleukine 2 Agonistes de l'hormone de libération de la gonadotrophine Associations moins certaines Sédatifs – hypnotiques Digoxine en surdosage Tétrabénazine (analogue à réserpine) Antihypertenseurs : <ul style="list-style-type: none"> • Propranolol • Méthyl dopa • Réserpine • Clonidine • Nifédipine
* les états dépressifs associés aux médicaments sont souvent légers, ne rencontrant pas les critères de dépression majeure ; des effets secondaires tels fatigue, perte d'appétit, sédation, sont à distinguer d'un syndrome dépressif.	

Annexe 2: PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS DES ECHELLES UTILISEES POUR LE DEPISTAGE

Mini Geriatrics Depression Scale (Mini-GDS – 4 items)

Identification Résident:

Date de l'évaluation : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Identification Examineur :

Dans la semaine qui vient de s'écouler :

	OUI	NON
Vous êtes-vous senti(e) souvent découragé(e) et triste?	q ₁	q ₀
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	q ₁	q ₀
Vous sentez-vous heureux(se) la plupart du temps?	q ₀	q ₁
Pensez-vous que votre situation est désespérée?	q ₁	q ₀

TOTAL DU SCORE /4

Interprétation des résultats

- Score = 0 : forte probabilité d'absence de dépression
- Score \geq 1 point: forte probabilité de dépression

ECHELLE GDS 15 items (Evaluation de la dépression)

Identification Résident:

Date de l'évaluation : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Identification Examineur :

- 1 - Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie? oui non*
- 2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités ? oui* non
- 3 - Avez-vous le sentiment que votre vie soit vide? oui* non
- 4 - Vous ennuyez-vous souvent? oui* non
- 5 - Etes-vous en général de bonne humeur ? oui non*
- 6 - Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ? oui* non
- 7 - Etes-vous heureux(se) de vivre actuellement ? oui non*
- 8 - Avez-vous l'impression de n'être plus bon(ne) à rien ? oui* non
- 9 - Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ? oui* non
- 10 - Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ? oui* non
- 11 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque? oui non*
- 12 - La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ? oui* non
- 13 - Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ? oui non*
- 14 - Désespérez-vous de votre situation présente ? oui* non
- 15 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre que les autres ont plus de chance que vous ? oui* non

Chaque réponse marquée * vaut un point

Total : |_| / 15

Interprétation des résultats

- Score 0 à 5 : normal
- Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
- Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

ECHELLE DE CORNELL

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé (stade modéré à sévère).

Identification Résident:

Date de l'évaluation : |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|_|_|

Identification Examineur :

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant : - a = impossible à évaluer
- 0 = absent
- 1 = modéré ou intermittent
- 2 = sévère.

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR:

- | | |
|---|---------|
| 1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis | a 0 1 2 |
| 2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement | a 0 1 2 |
| 3. Absence de réaction aux événements agréables | a 0 1 2 |
| 4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante | a 0 1 2 |

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT:

- | | |
|---|---------|
| 5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux | a 0 1 2 |
| 6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions | a 0 1 2 |
| 7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs) | a 0 1 2 |
| 8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles
(coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois) | a 0 1 2 |

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES:

- | | |
|--|---------|
| 9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude | a 0 1 2 |
| 10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois) | a 0 1 2 |
| 11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité
(coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois) | a 0 1 2 |

D. FONCTIONS CYCLIQUES

- | | |
|---|---------|
| 12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin | a 0 1 2 |
| 13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude | a 0 1 2 |
| 14. Réveils nocturnes fréquents | a 0 1 2 |
| 15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude | a 0 1 2 |

E. TROUBLES IDÉATOIRES:

- | | |
|---|---------|
| 16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir | a 0 1 2 |
| 17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec | a 0 1 2 |
| 18. Pessimisme, anticipation du pire | a 0 1 2 |
| 19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte | a 0 1 2 |

Total : |__| / 38

Nombre de a :

Consignes de passation de l'échelle de Cornell

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé.

L'examineur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille ou un soignant pendant une vingtaine de minutes.

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien.

Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

Interprétation des résultats

Un score ≥ 10 permet de d'évoquer le diagnostic de syndrome dépressif chez un patient dément.

GRILLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE EN EHPAD (Version abrégée)

(Réf : Présentation d'une démarche d'évaluation du risque suicidaire en EHPAD par Mme Anaïk Birot Alcouffe)

Un exemple de grille d'évaluation des facteurs de risque suicidaire chez la personne âgée en EHPAD : les principaux signaux d'alerte (version abrégée)

Grille à compléter par le psychologue de l'établissement à partir de l'histoire de vie, du dossier de soin, des observations de l'équipe soignante et des entretiens cliniques.

Examineur :

Date :

Informations relatives au résident :

Nom :

Prénom :

Date de naissance et âge :

Sexe :

N° de chambre :

Date et motif d'entrée en E.H.P.A.D. :

Pathologie en cours :

Famille ou amis proches :

Veillez cocher et compléter la présence des différents facteurs de vulnérabilité ci-dessous.

Antécédents connus de tentatives de suicide

Date :

Lieu :

Circonstances :

Mode opératoire :

Psychopathologie

Troubles de l'humeur

Eléments médicaux

Annonce d'un diagnostic « grave »

Dégradation physique sans déficit cognitif avec handicap et perte d'autonomie

Evénements de vie :

Perte récente d'une personne proche (conjoint, enfant...) ou rupture des liens familiaux (ex. : relation impossible avec un enfant)

Date :

Circonstance :

Vulnérabilité psychique

Carences précoces du lien à la mère (discontinuités, ruptures affectives précoces)

Isolement affectif

Signes cliniques

Propos empreint de tristesse, de résignation et expression d'un profond désespoir

Interprétation et conduite à tenir

Interprétation des résultats

Si parmi les six principaux signaux d'alerte présentés ci-dessus au moins deux sont cochés le risque de passage à l'acte est non négligeable.

↳ Il est **recommandé de prévenir le médecin traitant et de mettre en place un protocole d'accompagnement adapté.** L'équipe soignante doit être particulièrement attentive et signaler tout signe alarmant.

↳ Il est aussi indiqué de **compléter la version complète de la grille d'évaluation** afin de mieux analyser la vulnérabilité et les ressources de cette personne âgée

La situation devra être régulièrement réévaluée.

En cas de crise suicidaire de forte intensité **une hospitalisation** est à envisager dans les plus brefs délais. Mettre en place un protocole de surveillance rapprochée en attendant le départ (de jour comme de nuit).

GRILLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE EN EHPAD (Version complète)

(Réf : Présentation d'une démarche d'évaluation du risque suicidaire en EHPAD par Mme Anaïk Birot Alcouffe

- Conjonction de pertes
 - Dates...
 - Circonstances...
- Départ à la retraite ou cessation d'activité mal acceptée
- Choc émotionnel récent (Vente de la maison, mise sous tutelle, changement d'établissement, annonce d'un diagnostic...)
 - A préciser...
- Conflit interpersonnel (avec les enfants, avec un autre résident ou un soignant...)
- Maltraitance passée ou actuelle
 - Contexte...

Éléments psycho comportementaux

- Refuse de s'alimenter
- Refuse de prendre son traitement
- Absence de traitement antidépresseur et d'anxiolytiques malgré un syndrome dépressif ou anxieux
- Arrêt récent du traitement antidépresseur
- Syndrome de glissement
- Chutes fréquentes dates...
 - type de chutes...
- Douleurs intolérables malgré le traitement
- Absence d'issue curable à la maladie
- Handicap physique lourd sans déficit cognitif (hémiparésie...)
- Dégradation physique récente
- Plaintes relatives à la perte d'autonomie

Psychopathologie

- Troubles de l'humeur
- Délires chroniques
- Psychoses délirantes aiguës
- Personnalités pathologiques
- Troubles des conduites alimentaires

Vulnérabilité psychique

- Isolement affectif (veuvage...)
- Pertes cumulatives dans un temps rapproché (ami, animal, maison...)
- Difficultés financières
- Plainte relative à l'isolement, à l'ennui et à la solitude
- Refus de vieillir
- Absence de projets de vie, de continuité des investissements
- Principe de plaisir faible ou absent
- Difficultés de communication
- Capacités de représentation et de création presque absentes
- Absence ou excès de demande de soin
- Absence de désir de transmission ou désir de non transmission aux générations suivantes

Représentation de la mort

- Désir de mort verbalisé
- Dernières volontés exprimées et formalisées (contrat d'obsèques, caveau...)
- Angoisse de mort majeure
- Absence de croyances religieuses ou philosophiques
- Idée de partir sans laisser de trace, de continuité

Observations cliniques de signes précurseurs relevés à travers le comportement et le discours du résident lors des entretiens

- Apathie ou agitation
- Récent refus d'entrer en relation avec les autres résidents et les soignants
- Récent refus de participer à des activités jusque là investies
- Récent refus de prendre soin de soi (désinvestissement de sa personne)
- Propos empreint de tristesse, de résignation et expression d'un profond désespoir
- Préparation minutieuse de son départ (le résident confie une lettre, cherche à organiser ses obsèques, demande à revoir tous les membres de sa famille,...)
- Énonce clairement ou laisse voir le mode opératoire du suicide (couteau, cordon, médicaments ...).

Les facteurs protecteurs

Ce sont des facteurs de « protection » qui ne doivent en aucun cas être considéré comme des garanties absolues.

- Environnement social et familial perçu comme étayant par la personne
- Bien-être physique et moral de la personne âgée
- Sentiment de responsabilité (vis-à-vis de la famille, du conjoint, d'un animal familier...)
- Crainte de la désapprobation sociale

- Stratégies d'adaptation (comme par exemple surinvestir une activité ou une relation)
- Peur de la mort
- Références morales et religieuses
- Prise en charge thérapeutique adaptée