

## L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) à 30 questions

### Modalités de passation

Modalité de passation **pour le patient** : choisissez, s'il vous plaît, la meilleure réponse pour décrire comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine.

Modalité de passation **pour l'observateur** : posez les questions VERBALEMENT. Entourez la réponse donnée par le patient. Ne la montrez pas au patient.

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	<b>oui</b>	Non <input type="checkbox"/>
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	<b>oui</b>	Non <input type="checkbox"/>
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	<b>oui</b>	Non <input type="checkbox"/>
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	<b>oui</b>	Non <input type="checkbox"/>
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	<b>oui</b>	Non <input type="checkbox"/>
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	<b>oui</b>	non <input type="checkbox"/>
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	<b>oui</b>	Non <input type="checkbox"/>
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	<b>non</b>

24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	Oui <input type="checkbox"/>	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	Oui <input type="checkbox"/>	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui <input type="checkbox"/>	non
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	oui	Non <input type="checkbox"/>
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	Oui <input type="checkbox"/>	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	Non <input type="checkbox"/>
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	Non <input type="checkbox"/>

### Etablissement du score et interprétation

TOTAL : ajouter toutes les réponses entourées, chacune valant un point, pour le score total.

Scores d'après la version initiale en anglais :

0 à 9 : normal	10-19 : légèrement dépressif	20-30 : sévèrement dépressif
----------------	------------------------------	------------------------------

=