



Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

## **Éléments de cadrage**

Projet de recommandation de bonnes pratiques professionnelles :

**« Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée :  
Prévention, Repérage, Accompagnement »**

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Contexte et objectifs de la recommandation.....</b>	<b>3</b>
1.1	<i>L'adaptation de la société au vieillissement de la population : un enjeu de santé publique...</i>	3
1.2	<i>Les objectifs de la recommandation .....</i>	4
<b>2</b>	<b>Destinataires de la recommandation .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Périmètre de la recommandation .....</b>	<b>5</b>
3.1	<i>La population concernée.....</i>	5
3.2	<i>Souffrance psychique et situations à risque.....</i>	5
3.2.1	<i>La « fragilité » .....</i>	6
3.2.2	<i>La crise du vieillissement.....</i>	6
3.2.3	<i>L'état de santé.....</i>	7
3.2.4	<i>L'isolement et le sentiment de solitude .....</i>	8
3.2.5	<i>L'entrée en institution .....</i>	8
3.2.6	<i>L'aide apportée à une personne âgée par un proche âgé .....</i>	8
3.3	<i>Le suicide des personnes âgées.....</i>	9
<b>4</b>	<b>Thématiques traitées dans la recommandation .....</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>Cadre méthodologique .....</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Calendrier .....</b>	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>Premiers éléments bibliographiques.....</b>	<b>12</b>

L'Anesm a pour mission d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ces recommandations ont pour vocation d'éclairer les professionnels dans leurs actions et les établissements dans leur organisation.

Depuis 2008, les thématiques des recommandations de l'Anesm se définissent selon 7 programmes : les fondamentaux, l'expression et la participation collective, les points de vigilance et la prévention des risques, le soutien aux professionnels, les relations avec l'environnement, les relations avec la famille et les proches, la qualité de vie.

La recommandation portant sur « La prévention, le repérage et l'accompagnement de la souffrance psychique de la personne âgée » est inscrite au programme de travail 2013-2014 au titre du soutien aux professionnels.

## **1 Contexte et objectifs de la recommandation**

### ***1.1 L'adaptation de la société au vieillissement de la population : un enjeu de santé publique***

Le vieillissement de la population française s'accroît : alors qu'à ce jour 23,4 % de la population résidant en France métropolitaine à 60 ans ou plus, cette proportion devrait être de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050<sup>1</sup>.

Ce vieillissement est inéluctable et l'allongement progressif de la durée de vie ne fait qu'accroître son ampleur.

L'espérance de vie moyenne en France est actuellement de 81,4 ans. L'accroissement le plus significatif est celui de l'espérance de vie à 60 ans, qui est de 22,6 ans pour les hommes et de 27,2 ans pour les femmes<sup>2</sup>.

Cette transition démographique est à l'origine d'une augmentation des potentiels besoins d'accompagnement de la population concernée et l'adaptation de la société en réponse à ces besoins nouveaux constitue un réel enjeu de santé publique. Tel est le postulat de base des trois rapports, rendus en mars 2013, s'intéressant respectivement à la prévention, à l'adaptation de la société au vieillissement et aux perspectives internationales<sup>3</sup>.

La qualité de vie des personnes âgées est au cœur des politiques publiques menées ; ces dernières visent un « *vieillissement réussi pour le plus grand nombre* »<sup>4</sup>.

Ainsi les mesures proposées au sein des différents plans gouvernementaux de ces dernières années visent à contribuer à la promotion de la bonne santé physique et psychique des personnes âgées, ainsi qu'à l'amélioration de leur environnement de vie par le développement d'actions de prévention<sup>5</sup>.

Cette prévention en gérontologie suppose une approche globale (médicale, psychologique, sociale, environnementale,...) et doit permettre l'anticipation des situations de perte d'autonomie.

En particulier est identifié le besoin d' « *améliorer la prévention, le dépistage et les soins des troubles psychiques d'apparition courante au moment du vieillissement (troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du sommeil...) qui sont largement banalisés, sous diagnostiqués et sous traités* »<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Source Insee [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon02150](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150)

<sup>2</sup> Source : Insee, résultats provisoires arrêtés à fin 2012.

<sup>3</sup> AQUINO. JP. « *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société* »

BROUSSY. L.. « *L'adaptation de la société au vieillissement de la population : France, année zéro* »

PINVILLE. M. « *Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales* »

<sup>4</sup> « Plan national Bien vieillir 2007-2009 ».

<sup>5</sup> On peut citer le « Plan Alzheimer 2008-2012 », le rapport « Vieillesse et santé mentale : un état des lieux en 2007 », ou encore le « Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ».

<sup>6</sup> Rapport « Vieillesse et santé mentale : un état des lieux en 2007 » Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports 2008.

## **1.2 Les objectifs de la recommandation**

Dans un contexte de forte mobilisation, la recommandation produite par l'Anesm apporte des repères et des pistes pour l'action, destinés à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques face à la souffrance psychique et au risque suicidaire de certaines personnes âgées.

Le bien-être psychologique est un élément de la qualité de vie. Les professionnels des services et établissements intervenant auprès des personnes âgées contribuent à son maintien par la qualité de leurs pratiques d'accompagnement (recueil des souhaits de la personne, respect de ses choix, de ses habitudes de vie, de son histoire...)

Les spécificités de la prise en compte de la souffrance psychique sont déclinées en fonction du lieu de vie de la personne âgée : à domicile mais aussi en institution ou en structures d'accueil (Ehpa, Ehpad, structures de répit...)

La recommandation a pour objectifs de donner des pistes de réflexion et d'action aux professionnels de l'accompagnement des personnes âgées dans :

- les pratiques contribuant au bien-être psychologique et donc à la qualité de vie des personnes âgées ;
- le repérage des facteurs de risque de souffrance psychique et de leurs impacts sur la personne ;
- le repérage des marqueurs de souffrance psychique et/ou du risque suicidaire de la personne âgée accompagnée, mais aussi de son entourage proche (conjoint, enfant), lui-même vieillissant ;
- les pratiques d'accompagnement des personnes âgées en souffrance ;
- la mise en lien des professionnels avec les services adaptés aux besoins de la personne (corps médical, service social ou administratif, justice...) favorisant la fluidité des interventions entre les professionnels et entre les professionnels et les aidants familiaux.

La recommandation donne également des pistes de réflexion et d'action sur l'accompagnement des professionnels confrontés au quotidien à la souffrance psychique des personnes âgées.

Cette recommandation est à mettre en lien avec les recommandations déjà publiées par l'Anesm et en particulier celles liées à la « Qualité de vie en Ehpad, volets 1 à 4 ».

## **2 Destinataires de la recommandation**

La recommandation s'adresse aux professionnels des « établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion ». (Article L312-1, alinéa 6 du CASF).

Des distinctions dans les déclinaisons concrètes de la recommandation sont faites selon le lieu de vie de la personne âgée ; les pratiques propres aux établissements étant abordées par le biais de vignettes.

La recommandation prend par ailleurs en compte les différences de cultures professionnelles des différents métiers représentés dans ces services et structures (professionnels soignants, sociaux et médicosociaux mais aussi des services généraux et logistiques) afin d'en faciliter l'appropriation par tous.

Elle s'adresse également aux professionnels des services sociaux départementaux, des centres communaux d'action sociale, ou de tout service associatif, administratif ou juridique (associations de familles, bénévoles d'accompagnement, CLIC, MAIA, services mandataires de protection des majeurs...) développant des actions en faveur des personnes âgées et qui, à ce titre, peuvent être exposés à des situations de souffrance psychique.

Enfin elle peut être un élément d'information important pour les aidants non professionnels, confrontés à la souffrance psychique de la personne qu'ils accompagnent.

## **3 Périmètre de la recommandation**

### **3.1 La population concernée**

Un grand nombre de personnes âgées, accueillies en établissement ou aidées à domicile dans des actes de soins ou de la vie quotidienne, sont en souffrance psychique (cf. infra).

A domicile ou en institution, les professionnels sont également confrontés à la souffrance psychique des proches et aidants naturels, souvent eux-mêmes âgés<sup>7</sup>.

La présente recommandation cible donc essentiellement les personnes directement accompagnées, tout en incluant la problématique de la souffrance psychique de l'aidant principal lorsque celui-ci est également une personne âgée.

L'Anesm a en outre prévu dans son programme de travail 2013-2014 une recommandation spécifique, traitant de « *L'accompagnement des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes ou de personnes handicapées à domicile* »<sup>8</sup>.

### **3.2 Souffrance psychique et situations à risque.**

Le préambule de la Constitution de l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>9</sup>.

Selon ces termes, la bonne santé mentale n'est donc pas liée à la seule absence de maladie.

Le « Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » propose une triple acception de la notion de santé mentale :

- La santé mentale positive qui fait référence à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, à une impression de maîtriser sa vie, d'avoir une bonne estime de soi);

- La détresse psychologique ou souffrance psychique, état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental et qui peut être réactionnel à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles ;

- o La mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée ainsi que ses conséquences peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire.
- o Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique.

- Les troubles psychiatriques qui réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées. Les troubles mentaux sont plus ou moins sévères, de durée variable et peuvent entraîner une situation de handicap psychique. Ils relèvent d'une prise en charge médicale<sup>10</sup>.

Cette triple dimension permet d'appréhender « *certaines formes de mal-être, qui ne sont pas de la maladie mentale, qui n'y conduisent pas forcément, [mais qui] peuvent entraîner un recours à des actes de soins* »<sup>11</sup> et d'identifier des situations à risque de souffrance psychique.

---

<sup>7</sup> D'après l'enquête de l'INPES « Aidants familiaux – Alzheimer », datant de 2009, près de 55% des aidants familiaux ont plus de 65 ans et l'âge moyen est de 67 ans. Ces chiffres se retrouvent dans l'argumentaire de la recommandation de la HAS « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels », datant de février 2010.

<sup>8</sup> Recommandation inscrite au programme de travail de l'Anesm 2013-2014

<sup>9</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, New York, 19-22 juin 1946. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100

<sup>10</sup> Extrait du « *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015* » Ministère chargé de la santé, Ministère chargé de la solidarité

### 3.2.1 La « fragilité »

Si la souffrance psychique peut être une réaction adaptative normale à une situation stressante, le risque qu'elle induise un trouble psychiatrique -et en particulier la dépression- est plus important lorsqu'elle survient chez une personne âgée « fragile ».

La fragilité est un concept encore évolutif mais fondamental en termes de prévention en gérontologie<sup>12</sup>. Les premiers auteurs retenaient initialement quatre sources principales de fragilité : la baisse de la force physique, une limitation de la marche, une atteinte cognitive et un mauvais état nutritionnel<sup>13</sup>.

Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc) a pour sa part retenu que la notion de fragilité va au-delà du domaine médical, en mettant en avant d'autres facteurs, reliés à l'environnement de la personne, contribuant aussi à la fragilité des personnes âgées.

Il s'agit du fait : de ne pas recevoir ni rendre de visites, de se sentir souvent seul, d'éprouver des difficultés dans au moins un geste de la vie quotidienne, d'éprouver des difficultés particulières dans le logement, d'utiliser une canne, d'éprouver des difficultés particulières pour se déplacer, d'estimer que son état de santé s'est dégradé au cours des 12 derniers mois, ainsi que de la peur de faire un malaise.

La précarité des conditions de vie et l'existence de difficultés financières ou matérielles mettent également en relief des facteurs de fragilité qui constituent autant de risque de perte d'autonomie : restrictions sur l'alimentation, difficultés de mobilité, etc.<sup>14</sup>

Selon les termes du Credoc « *plus qu'un état, la fragilité est donc présentée comme un risque, une possibilité de devenir. La personne âgée peut ou non, en fonction de son parcours et de divers facteurs, glisser plus ou moins rapidement dans un processus de décompensation dommageable à son état de santé, à son autonomie* »<sup>15</sup>

### 3.2.2 La crise du vieillissement

Le vieillissement est une période de remaniements multiples de la vie qui amène les personnes âgées à faire un travail psychologique d'acceptation de leur vieillesse et de représentation psychique de leur propre mort.

L'avancée en âge est une période où le risque de pertes réelles ou symboliques est plus élevé. Il peut s'agir de pertes relationnelles (décès du conjoint, d'amis ; éloignement des enfants...), sociales (retraite, rôle social...), financières, de repères sur le lieu de vie (adaptation du logement au handicap, déménagement, entrée en institution...)...

Les difficultés pour une personne âgée de répondre efficacement, par un travail de deuil, à une des modifications précédemment identifiées (événement somatique, psychologique, cognitif, relationnel, environnemental...) peuvent être à l'origine de ce que certains psychologues nomment « crise du vieillissement ». Cette dernière marquerait la difficulté à faire face aux multiples ruptures liées à l'avancée en âge<sup>16</sup>.

---

<sup>11</sup> STRHOL. H., LAZARUS. A., Une souffrance qu'on ne peut plus cacher Rapport du groupe de travail *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale*. Février 1995.

<sup>12</sup> CAMPBELL AJ, BUCHNER DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty *Age and Ageing* 1997;n°26: p 315-318

<sup>13</sup> Au delà de cette définition théorique, les processus sous-jacents qui conduisent à cet état ne font pas consensus. Selon K. Rockwood, la fragilité est perçue comme une accélération du processus du vieillissement normal en raison de l'accumulation de déficits, dont certains provoqués par des maladies, parfois non diagnostiquées ou encore au stade infra clinique.

Une autre théorie, portée par LP. Fried, perçoit la fragilité comme résultant d'un processus pathologique sous-jacent dont les manifestations cliniques sont variées, et dont l'avancée en âge est un facteur de risque.

<sup>14</sup> GILLES, L., LOONES, A. Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées *Consommation et modes de vie, CREDOC*. Novembre 2011, n°245

<sup>15</sup> CREDOC. La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures. *Cahier de recherche* n°256. Décembre 2008.

<sup>16</sup> LAPIERRE. V., suicide, rupture, lien. *Gérontologie et société*, 2007/2, n°121, p265-278

Le risque de souffrance psychique est accru chez le sujet âgé qui se retrouve confronté à ces pertes s'il est en difficulté pour « réinvestir dans de nouveaux objets »<sup>17</sup>. C'est à ce moment que la personne a besoin d'être entendue et soutenue et que la verbalisation de son mal être permet aux professionnels de repérer une éventuelle décompensation dépressive, voire un risque suicidaire.

### 3.2.3 L'état de santé

#### > Dépression et manifestations d'allure dépressive :

En population générale, la prévalence de la dépression concerne environ 15% des individus de plus de 65 ans, alors que 3% présente une dépression majeure.

Parmi les résidents en Ehpad<sup>18</sup>, jusqu'à 36% seraient atteints de dépression ou de manifestations dépressives (chroniques dans 86% des cas). Le taux de prévalence de dépression majeure y est plus élevé, notamment dans la première année suivant l'admission, où ce taux atteindrait 10 à 15% des résidents<sup>19</sup>.

L'anxiété y est souvent associée et concerne 26% de la population vivant en Ehpad. Les personnes dépressives sont deux fois plus souvent signalées anxieuses que les autres.

D'après les indications fournies par les médecins, en Ehpa (ce qui est plus large que les Ehpad), 3% des résidents ont exprimé des idées de suicide aux soignants et moins de 1% ont fait une tentative en 2007.

Malheureusement, du fait des spécificités des signes de dépression de la personne âgée, plus de la moitié des syndromes dépressifs de la personne âgée n'est pas diagnostiquée ; deux tiers de malades ne sollicitent pas d'aide, alors que la majorité des personnes traitées tirent un bénéfice d'une prise en charge de leur dépression.

#### > La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées :

La moitié des personnes atteintes de ces maladies souffre de manifestations dépressives ou anxieuses.

Le « Plan Alzheimer 2008-2012 » a permis de mettre l'accent sur la nécessité de repérer et prendre en charge cette souffrance psychique au travers de diverses mesures bénéficiant tant aux personnes à domicile que celles en institution (équipe spécialisée Alzheimer, PASA, UHR....).

#### > Certaines maladies chroniques sont des facteurs de risque de dépression

La majorité des personnes âgées vivant en institution ont en moyenne six pathologies chroniques. A domicile, on retrouve chez les personnes de 75 ans et plus sept maladies chroniques déclarées<sup>20</sup>.

Par ailleurs, des corrélations ont été établies entre le risque de dépression et certaines maladies en particulier les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies neuro dégénératives, les douleurs chroniques.

La prise de certains médicaments, en particulier ceux à visée cardiovasculaires ou certains psychotropes, est également un facteur pouvant favoriser ou entretenir un état dépressif.

#### > Les incapacités et les situations de handicap qui en résultent

Des incapacités peuvent résulter de ces maladies et être à l'origine d'une perte d'autonomie dans la faculté de décider de ce qui est bon pour soi ainsi que dans la capacité de vivre au quotidien sans l'aide d'un tiers.

Cette perte d'autonomie peut générer une souffrance psychique tant de la personne devenant dépendante que de son entourage proche, souvent lui-même âgé (conjoint, enfant...) et est un facteur de risque de dépression.

<sup>17</sup> HERFRAY. C., Grand âge nous voici *Etudes sur la mort*, 2009/1 n°135, p77-87

<sup>18</sup> Drees Les personnes âgées en institution *Dossier solidarité et santé* n°22, 2011

<sup>19</sup> Collège National des enseignants en Gériatrie. Item « Dépression de la personne âgée ». Abrégé Masson, Module 5 Vieillesse 2<sup>nd</sup> édition 2010 p187-198.

<sup>20</sup> LEPAPE. A., SERMET. C., La polyopathie des personnes âgées. Credes. août 1997

### 3.2.4 L'isolement et le sentiment de solitude

Sur le plan relationnel, l'isolement des personnes âgées (en tant qu'absence de relations familiales ou sociales) ne coïncide pas systématiquement avec le sentiment de solitude. Ces situations d'isolement sont parfois intriquées avec un contexte de précarité sociale.

L'isolement peut être un choix de la personne et à l'inverse, bien que parfaitement entourées, certaines personnes peuvent souffrir de la solitude.

L'enquête « Isolement et vie relationnelle des personnes âgées » menée en 2006<sup>21</sup> identifiait différents facteurs à l'origine du sentiment de solitude tels que le manque d'estime de soi, le fait de ne pouvoir compter sur quelqu'un en cas de besoin, l'éloignement de la famille ou encore le fait de ne pas pouvoir sortir de chez soi.

### 3.2.5 L'entrée en institution

Le passage en institution est un moment particulièrement critique (60% des résidents disent ne pas avoir été suffisamment préparés à ce changement de vie<sup>22</sup>) qui peut plonger une personne dans une détresse marquée. En effet, il demande à la personne un travail de deuil entre autres de son domicile, de son mode de vie antérieur, de son indépendance...

L'entrée en institution et la première année de résidence sont des périodes à haut risque de dépression.

En institution, un épisode dépressif majeur surviendrait chez 10 à 15% des résidents dans la première année suivant l'admission dans l'établissement avec un accroissement de la mortalité. Il est également rapporté l'existence d'un sur-risque suicidaire dans les 6 mois qui suivent l'entrée en institution.

### 3.2.6 L'aide apportée à une personne âgée par un proche âgé

Huit personnes âgées sur dix reçoivent au moins l'aide de leur entourage et cette aide est exclusive pour 48% d'entre elles. L'aide de l'entourage combine le plus souvent une aide aux tâches de la vie quotidienne et un soutien moral.

Les aidants auprès des personnes âgées -le plus souvent des femmes- ont en moyenne 58 ans, et beaucoup conservent leur rôle malgré leur avancée en âge. C'est ainsi que 31% des aidants ont entre 60 et 74 ans et 16 % ont 75 ans ou plus.

Près de la moitié (46 %) est à la retraite ou en préretraite.

Si l'aide à la vie quotidienne apportée par les professionnels se concentre sur les soins personnels et les tâches ménagères, celle de l'entourage est plus diversifiée et concerne l'ensemble des activités de la vie quotidienne.

Seuls 2% des aidants de personnes âgées déclarent avoir suivi une formation pour assurer leur rôle. Parmi ceux n'ayant jamais suivi de formation, seuls 8 % en expriment le besoin.

Enfin, 2% des aidants de personnes âgées ont déjà participé à des groupes de paroles dans le cadre de leur rôle d'aidant ; parmi ceux n'y ayant jamais participé, 9 % en expriment le besoin.

Un aidant sur dix (9 %) déclare ne pas réussir à se ménager des moments de répit et 87 % d'entre eux déclarent qu'ils en auraient besoin.

Ce rôle d'aidant auprès d'une personne âgée peut avoir « des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières ressenties [...] »<sup>23</sup>. Des outils, comme l'échelle de Zarit, ont été développés pour évaluer cette charge.

---

<sup>21</sup> Enquête « Isolement et vie sociale », menée en 2006 par le collectif « Combattre la solitude des personnes âgées »

<sup>22</sup> La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches. Drees. *Dossier Solidarité et santé* n°18 2011 pp17-27

<sup>23</sup> BOQUET. H., ANDRIEU S., Le 'Bruden'. Un indicateur spécifique pour les aidants familiaux. *Gérontologie et société* n°89. 1999



Parmi les aidants âgés dont la charge est ressentie comme « importante », 80% se disent sujets à la fatigue physique et 90% à la fatigue morale<sup>24</sup>.

Selon une enquête faite auprès de personnes aidants une personne âgée ayant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée<sup>25</sup>, l'impact négatif principal de la maladie sur l'aidant est sur le moral (80%), mais également sur les activités de loisirs (72%) et sur la santé physique (56%).

17 % des aidants déclarent avoir une mauvaise santé (soit 7 points au dessus de la population générale).

### **3.3 Le suicide des personnes âgées**

Lors de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, l'Anaes avait défini la crise suicidaire comme « *un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité qui place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement* »<sup>26</sup>.

Le suicide est un phénomène multifactoriel complexe, sans stricte causalité, où les différents facteurs interagissent les uns avec les autres.

Dans les recommandations du jury de la conférence de consensus précédemment citée étaient distingués trois types de facteurs de risque :

>Facteurs primaires : troubles psychiatriques (notamment la dépression), dépendance (alcoolisme, addictions...), antécédents personnels ou familiaux de suicide, impulsivité...

Ils ont une valeur d'alerte importante mais peuvent être influencés par des traitements.

>Facteurs secondaires : pertes parentales précoces, isolement social, difficultés financières et professionnelles (chômage...), événements de vie négatifs...

Ils n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires.

>Facteurs tertiaires : sexe masculin, âge (grand âge et jeune âge)...

Ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence d'autres facteurs de risque<sup>27</sup>.

La France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevé de suicide. Sur près de 10 400 suicides survenus en France en 2010, 28% ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus<sup>28</sup>.

L'analyse épidémiologique des chiffres liés au suicide des personnes âgées dégage quelques caractéristiques qui constituent autant de facteurs de risque.

Le taux de suicides augmente avec l'âge et le rapport entre suicides et tentatives de suicides se réduit à mesure de l'avancée en âge : 1 suicide pour 2 à 4 tentatives au lieu de 1 suicide pour 10 à 20 tentatives chez l'adulte plus jeune<sup>29</sup>.

Cette surmortalité du sujet âgé lors d'un passage à l'acte suicidaire est liée à sa fragilité (les conséquences du geste suicidaire favorisant la décompensation d'un état physique préalablement précaire), et à la violence des moyens utilisés (pendaison, arme à feu...).

Les hommes se suicident plus que les femmes et la différence s'accroît en vieillissant. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 72% des décès par suicide sont masculins<sup>30</sup>.

Le mode de vie et notamment l'état matrimonial joue également un rôle important. Les taux de décès par suicide les plus élevés sont le fait des veufs et des divorcés<sup>31</sup>.

---

<sup>24</sup> Enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels, Drees, 2008.

<sup>25</sup> IPSOS Santé. Enquête quantitative auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants familiaux. Programme INPES, 2009.

<sup>26</sup> Conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Anaes, Octobre 2000

<sup>27</sup> Cf site du ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux,10849.html>

<sup>28</sup> Source : Inserm CapiDC 2010

<sup>29</sup> Plan d'action « La prévention du suicide chez les personnes âgées »

<sup>30</sup> Source : Inserm CapiDC 2010

<sup>31</sup> Source : Insee. Taux de décès par suicide, mise à jour du 18 décembre 2012

Les troubles mentaux, et parmi eux la dépression, peuvent également être à l'origine d'un passage à l'acte suicidaire. Ces éléments sont plus marqués avec l'âge. Aujourd'hui, une majorité des suicides de la personne âgée est en lien avec un état dépressif.

Certains refus alimentaire, refus de soin ou addictions sont des équivalents suicidaires, décrits par les psychanalystes comme une forme « *d'autodestruction intentionnelle dans un but conscient déguisée en accident* »<sup>32</sup>.

L'intrication possible de ces différents facteurs complique le repérage des situations à risque et donc les actions de prévention.

La lutte contre l'isolement et la prévention du risque suicidaire des personnes âgées sont actuellement au cœur des réflexions et il est attendu des différents groupes de travail récemment installés (le groupe de travail « Monalisa »<sup>33</sup> et le Comité Nationale Bienveillance et Dépendance) qu'ils proposent des pistes d'actions concrètes pour une amélioration des pratiques professionnelles.

## **4 Thématiques traitées dans la recommandation**

### 1. Prévention de la souffrance psychique de la personne âgée et repérage des facteurs de risque de souffrance psychique

>Quelles sont les pratiques professionnelles qui concourent à la qualité de vie des personnes accompagnées ? Comment évaluer cette qualité de vie ?

>Quels sont les éléments de l'histoire de vie de la personne âgée à connaître et comment les prendre en compte pour mieux anticiper l'apparition d'une éventuelle souffrance psychique ?

>Quelles sont les situations à risque (douleurs chroniques, état de dénutrition, précarité des conditions de vie, situations de maltraitance...) et les moments clés (entrée en Ehpad, sortie d'hospitalisation, séjour en structure de répit, deuil récent,...) ?

>Quelles pratiques peuvent être utiles à ce repérage ?

- pour les professionnels (formation, tutorat,...)
- pour les aidants (entretiens, information collective, supports écrits...)

>Que doivent mettre en place les structures médico-sociales pour effectuer ce repérage à domicile et en hébergement (définitif ou de répit) : passation de questionnaires, production de recommandations, entretiens, utilisation des outils Mobiqua... ? Sur quels documents existants s'appuyer ?

### 2. Les actions à mettre en place face à la souffrance psychique repérée de la personne âgée et/ou de son aidant âgé

>Que peut faire le professionnel, à son niveau, pour l'aider/l'accompagner ?

>Qui alerter, et selon quelles modalités, en vue d'une prise en charge ? (notion de professionnels ressources : médecin traitant, psychologue ...)

>Quelles attitudes et modes de communication adopter face à ces situations de souffrance ? (gestes, langage...)

>Comment favoriser le réinvestissement affectif, social de la personne âgée ?

---

<sup>32</sup> HAZIF-THOMAS. C, CHARAZAC. M., THOMAS. P. Apathie, dépression et suicide. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. Février 2009. Tome XVI. N°152

<sup>33</sup> Monalisa : Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés

>Comment évaluer l'amélioration/la détérioration de l'état de santé psychique de la personne accompagnée et adapter en conséquence les pratiques d'accompagnement ?

>Comment identifier l'urgence, la dangerosité face à des idées de mort ?

>Que faire face à une crise suicidaire ?

- Qui doit alerter (Paramédicaux, Aide ménagère, Associations...)?
- Qui doit être alerté ?
- Comment alerter et que transmettre ? (écrit, téléphone, procédures...)
- Comment être sûr que l'alerte a été prise en compte ?

>Quelles sont les spécificités des actions à mener à domicile ?

>Quelles sont les spécificités des actions à mener en structure de répit ?

>Quelle est la place des associations ?

>Comment accompagner les professionnels confrontés au quotidien à la souffrance psychique des personnes âgées ? Comment accompagner les professionnels et les aidants proches lorsqu'un suicide a eu lieu (notion de postvention) ?

## **5 Cadre méthodologique**

La méthode de production retenue est celle du **consensus simple** : la recommandation est élaborée par un **groupe de travail**, en tenant compte des résultats d'une analyse critique de la littérature disponible et d'une étude qualitative des pratiques professionnelles menée par l'équipe projet. La recommandation est finalisée après le recueil des commentaires d'un **groupe de lecture** et d'un expert juridique, puis soumise aux instances de l'Agence.

L'**analyse critique de la littérature** s'articule avec l'avancée dans la recommandation de l'équipe projet. Elle consiste en une analyse de la littérature existante en s'appuyant sur la littérature francophone et internationale. Les définitions des concepts et principes communs à cette recommandation seront traitées dans le document d'appui.

Le docteur Jean Roche, psychogériatre au CHRU de Lille, co-pilote l'élaboration de la recommandation.

L'**étude qualitative des pratiques professionnelles** se fait au travers de visites sur site et d'entretiens avec des personnes ou des équipes ressources. A l'occasion de ces déplacements, **les usagers ou les représentants d'usagers** sont sollicités sur les thématiques de la recommandation.

Le groupe de travail est composé de professionnels des Ehpa et Ehpad, Ssiad, Sad, Clic, d'associations d'usagers, de familles et se réunira à 4 ou 5 reprises.

## **6 Calendrier**

La lettre de cadrage est soumise aux instances :

>Bureau du Comité d'Orientation Stratégique le 6 juin 2013

>Comité d'Orientation Stratégique le 19 juin 2013

>Conseil Scientifique le 25 juin 2013

Les 4 groupes de travail s'échelonneront de juillet à décembre 2013

Le groupe de lecture étudiera le document entre janvier et février 2014

La vérification juridique se tiendra fin février 2014

Le projet de recommandation pourra être soumis aux instances à compter de la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2014

## **7 Premiers éléments bibliographiques**

### **1. Cadre juridique et chartes**

#### **1.1 Cadre juridique**

##### **Lois :**

- Loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

##### **Décrets :**

- Décret n°94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture et modifiant le décret n°47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture
- Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé
- Décret n°2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
- Décret n°2006-255 du 2 mars 2006 instituant le diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique

##### **Arrêtés :**

- Arrêté du 14 mars 1986 (J.O. du 19 mars 1986) relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.
- Arrêté du 16 août 2005 fixant le programme de l'attestation de formation de médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.
- Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique
- Arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
- Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie
- Arrêté du 28 septembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant

##### **Circulaires :**

- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
- Circulaire DHOS n° 2007- 117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Circulaire n°DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »
- CIRCULAIRE N°DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile

## 1.2. Chartes

- Fondation Nationale de Gérontologie. *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. Paris : Fondation Nationale de, 2007.
- Ministère de la santé et des solidarités. *Charte de la personne hospitalisée*. Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 2006. 24 p.

## 2. Articles

- ALLAZ, A-F. Dimensions psychologiques de la douleur chronique chez les personnes âgées. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2006 ; 4 (2) : 103-8
- ALVAREZ, S., Représentations sociales du vieillissement : changer de regard. *La santé de l'homme*.2011, n°411, p15-18
- AMYOT, A. Trois cas de figure sur la psychothérapie des personnes âgées. Travailler avec un narcissisme fragilisé. *Psychothérapies*, 2008, vol. 28, pp. 49-55.
- BERRUT, G. Relations entre dépression et dépendance, perspectives thérapeutiques. *Repères en gériatrie*. 2006, vol 8, p126-131
- BERSAY, C. De l'avenir pour le suicide des vieux. *Études sur la mort*, 2005/1 no 127, p. 151-155.
- BONIN-GUILLAUME, S., HASBROUCQ, T., BLIN, O. Mise en évidence d'un ralentissement psychomoteur spécifique à la dépression chez le sujet âgé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2008 ; 6 (2) : 137-44
- BOUTEYRE, E., LOPEZ, N., Le passage à la retraite : une mise à l'épreuve des capacités de résilience. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2005 ; 3 (1) : 43-51
- CHARAZAC, P. Les dynamiques psychiques du grand âge. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2008 ; 6 (2) : 91-6
- CHOBEAUX, F. La souffrance psychique : un concept qui échappe. *Vie sociale et traitement*, 2009, n°101, pp. 37-40.
- CROZAT, B. Prévenir le suicide des personnes âgées. *Lien social*. 2011, n°1011
- DELOMIER, Y. L'ennui des vieux. *Gérontologie*, 2010, n°157. p49-51
- DUBOIS, M. et al. Syndrome de glissement : ce n'est plus une fatalité ! *Le concours médical*, 2007, tome 129, p1057-1059
- ENNUYER, B, Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile. Quel bilan après la loi Borloo de 2005 ? *Gérontologie et société*, 2012/3 n° 142, p. 143-156.
- ENNUYER, B, À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus, *Gérontologie et société*, 2011/3 n° 138, p. 127-142.
- FERRARI, A. Habitat et espace psychique chez le sujet âgé. L'intervention psychosociale à domicile. *Le journal des psychologues*, 2007, n°250, pp. 47-50.
- FNG. L'entrée en institution. *Gérontologie et société*, 2001,
- FNG. Alcoolisme, tabagisme et autres dépendances. *Gérontologie et société*, 2003, n°105.
- FNG. Métiers de la gérontologie. *Gérontologie et société*, 2012, n°142.
- FNG. Solitude : Du discours à la réalité. Arfeux-Vaucher G., Delbes C., Dorange M. *Revue Hospitalière de France*. 2005/02; (502) : pp. 26-30
- GARDEY, A-M. Dépression et grand âge, approche psychanalytique. *Repères en gériatrie*, 2006, vol8, p115-120
- GAYMU, J. Vieillesse démographique et vieillesse en France. *Economie & Humanisme* 2005, n°374
- GILLES, L., LOONES, A. Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées *Consommation et modes de vie, CREDOC*. Novembre 2011, n°245

- GUARDIA, D., VAIVA, G., Patients en crise. Les dépister et les protéger d'un risque suicidaire. *Le concours médical*. 2007. n°129, p971-975
- GUIMELCHAIN-BONNET, M., La dépression des personnes âgées. *L'aide soignante* 2006, n°80, p26-28
- HANUS, M. Les deuils au grand âge. *Études sur la mort*, 2009/1 n° 135, p. 89-97
- HERFRAY, C. Grand âge, nous voici, *Études sur la mort*, 2009/1 n° 135, p. 77-87.
- JACOB, B., LUCASSEN, C. Belgique. Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. *VST*, 2011, n°12, 48-54.
- JACQUES, P. Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée Plurielle*, 2004, n°8, pp. 21-29.
- JALENQUES, I., LEGRAND, G. Etats dépressifs chez la personne âgée. Diagnostiquer et traiter. *Repères en gériatrie*. 2012. Vol14, n°116. p 60-65
- KUBIAC, C., PIN, S. Les 60-75ans, aussi heureux que les plus jeunes. *La santé de l'homme*.2007, n°387, p45-48
- LABOUTIERE, J.-J. Dépression et suicide du sujet âgé. *Santé mentale*, 2010, n°1, pp. 27-31.
- LAPIERRE, V. Suicide, rupture, lien. *Gérontologie et société*, 2007/2 n° 121, p. 265-278.
- LE DOUJET, D. Prévenir l'urgence psychogériatrique. Ethique de l'urgence en psychogériatrie, urgence de l'éthique en psychogériatrie. *VST*, 2012, n°114, pp. 85-89.
- LÔO, H., GALLARDA, T., Apprendre à diagnostiquer et traiter les troubles dépressifs de la personne âgée, combat d'avant-garde ou cause perdue ? *La presse médicale*, mars 2005, tome 34, n°6. p413-414
- MALO, P.-Y. Rapport au temps, anticipation et travail du vieillir. *Repères en gériatrie*. 2006, vol 8, p121-24
- MASSE, G., VEBER, A. Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgée : quel rôle pour la psychiatrie ? *Pluriels*, mai 2007, n°66, 8 p.
- MNASM. La santé mentale des personnes âgées. *Pluriels*, novembre-décembre 2003, n°39-40, 24 p.
- MNASM. Six expériences en psychiatrie des personnes âgées. Santé mentale et vieillissement. *Pluriels*, mars-avril 2005, n°50-51, 16 p.
- MORONI, C., LAURENT, B. Influence de la douleur sur la cognition. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2006 ; 4 (1) : 21-30
- NUBUKPO, P., HARTMANN, J., CLEMENT, JP. Rôle de la personnalité dans la dépression du sujet âgé : différence entre dépression avec ou sans antécédents. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2005 ; 3 (1) : 63-9
- PIOTET, F., FINIELZ, E. La problématique de la notion de « fragilité » au cœur d'une politique de prévention de la dépendance. *Lien social et Politiques*, automne 2009, n°62, p. 149-161.
- SWILDENS, H. La psychothérapie centrée sur la personne appliquée aux personnes âgées. *ACP-PR*, 2012, n°15, pp.55-71.
- VERDON, B. Groupe de parole en clinique gériatrique. Fondements, objectifs et applications. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2009, n°53, pp. 185-202.
- VERDON, B. Souffrance névrotique chez le sujet vieillissant. *Cahiers de psychologie clinique*, 2004, n°23, pp. 35-57.
- WEIMANN-PERU, N., CAMUS, V. Dépression et démence. *Repères en gériatrie* 2006, vol 8, n°66, p435-438

### 3. Ouvrages

- Collectif. *Assistant de soins en gérontologie. Le manuel officiel de la formation*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2011.

- Collège National des enseignants en Gériatrie. Item « Dépression de la personne âgée ». Abrégé Masson, Module 5 Vieillesse 2<sup>nd</sup> édition 2010 p187-198.
- VERCAUTEREN, R. *Dictionnaire de la gérontologie sociale*. Toulouse : Erès, 2010. 280 p.

#### **4. Rapports – Etudes – Enquêtes**

- Anesm. *Analyse nationale de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la Bien-être des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale*. Saint-Denis : Anesm, 2010.
- BLANCHET, D. et al. L'enquête SHARE : présentation et premiers résultats de l'édition française. *Retraite et société*, 2006/1 no 47, p. 109-135.
- CSTS. *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Paris : ENSP, 2006. Coll. Rapports du CSTS.
- CSTS. *L'usager au centre du travail social*. Paris : ENSP, 2006. Coll. Rapports du CSTS.
- DREES. Les personnes âgées en institution. *Dossier Solidarités et Santé*, 2011, n°22. 32 p.
- DREES. Les conditions de travail des aides à domicile en 2008. *Dossier Solidarités et Santé*, 2012, n°30
- DREES. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. *Etudes et résultats*. 2011, n°771
- DREES. *La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville*. *Etudes et résultats*, n°810, Septembre 2012
- Editions Législatives. *Santé mentale. Dictionnaire permanent de l'action sociale*, 2011, mise à jour n°74.
- HAMMAMI, S. et al. Dépistage de la dépression chez une population âgée vivant à domicile. Intérêt de la « Mini-Gériatric Dépression Scale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 60(2012). P 287-293
- KOVESS-MASFETY, V. *La santé mentale, l'affaire de tous*. 2010
- LAZARUS, A., STROHL, H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Paris : Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, 1995. 65 p.
- Ministère de la Santé – Ministère chargé des Solidarités. *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*
- Ministère de la Santé. *Vieillesse et santé mentale, Un état des lieux en 2007*. 2008, Paris
- PERRIN-HAYNES, J. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007. *Document de travail – Série statistiques*, février 2010, n°142.
- ROUSSILLE, B., STROHL, H., RAYMOND, M. *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*. Paris : IGAS, 2009. 145 p.
- WEKA. La dépression chez le sujet âgé : prévention et communication. In : *L'animation en maison de retraite*, 2012. pp. 229-232.

#### **5. Colloques – Journées d'études**

- Fédération française de psychiatrie, ANAES. (4<sup>ème</sup> Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie, Paris, 19-20 décembre 2000). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : Fédération française de psychiatrie, ANAES, 2000.



## 6. Guides – Recommandations – Outils

### 6.1. Recommandations de l'Anesm

- Anesm. *L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 4. Saint-Denis : Anesm, 2012.
- Anesm. *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.* Saint-Denis : Anesm, 2012.
- Anesm. *La vie sociale des résidents. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 3. Saint-Denis: Anesm, 2012.
- Anesm. *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 2. Saint-Denis : Anesm, 2011.
- Anesm. *De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en Ehpad.* Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2011.

### 6.2. Autres recommandations

- OMS. *La prévention du suicide. Indications pour médecins généralistes.* Genève : OMS, 2001.
- DGAS et SFGG. *Les bonnes pratiques de soins en EHPAD.* Paris, 2007
- HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels.* Paris, 2012.
- HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.* Paris, 2012.
- HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic.* Paris, 2011.
- HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge.* Paris, 2011.
- Anaes. *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé d'un adulte en ambulatoire.* Paris, 2002.

### 6.3. Outils

- **MobiQual\_mallette douleur**
  - Autoévaluation de la douleur
    - échelle verbale simple ou échelle numérique
  - Hétéro évaluation
    - Echelle Comportementale d'Evaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante
    - Echelle Doloplus
- **MobiQual\_mallette dépression :**
  - MMSE version Greco
  - Inventaire apathie
  - Mini GDS (4 items)
- **Echelle GDS** (version 15 items)
- **Profil de santé de Duke**
- **Outil maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.** Programme Mobiquial, 2010.
- **Grille AGGIR**
- **Echelle ADL (Activities of Daily Living)**
- **Echelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living)**
- **Echelle de dépistage de la dépression en institution**
- **Echelle de dépression Cornell (19 items)**
- **Echelle de Beck :** autoévaluation



- **Echelle de Zarit**
- **Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité**
- **Score d'évaluation socio-familial (ESF)**
- **Indicateurs sur la qualité de vie :**
  - Indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham (ISPN) (Nottingham Health Profile - NHP)
  - MOS SF 36 (Medical Outcome Study Short Form 36)
  - Care giver's QoI Scale