



IDÉAGE FORMATION

Formation dépister et prendre en charge la dépression et prévenir le risque suicidaire en EHPAD



Cette proposition contient:

- La description du module de la formation.
- La présentation des objectifs de la formation.
- Le programme détaillé de la formation.
- Le(s) profil(s) formateur(s) pressenti(s) pour assurer l'action de formation.
- La proposition tarifaire relative à cette action de formation.

Présentation du module:

La compréhension et la prévention de la dépression et du risque suicidaire est un sujet complexe. La souffrance psychique, la douleur physique, les multiples deuils vécus par les personnes âgées lors d'une entrée en institution sont autant de facteurs entraînant un risque majeur d'affects dépressifs (environ 1 résident sur 2 en Ehpad souffre de dépression !) pouvant pousser, dans certains cas, les personnes au suicide. Face à ce constat, le personnel est souvent démuni et ne sait pas forcément comment réagir face à la détresse morale, ni repérer les signes d'une crise suicidaire, ni agir en conséquence. Afin de permettre la mise en œuvre d'actions de préventions efficaces, il est nécessaire d'affronter ce sujet complexe. Ce module de formation permettra aux participants d'appréhender toutes les dimensions de la dépression et du risque suicidaire et d'être ainsi en mesure de proposer un accompagnement adapté.

Objectif du module:

- **Acquérir** ou **développer** ses connaissances sur la dépression.
- **Repérer** les signes évocateurs d'une souffrance psychique et **évaluer** les situations à risque suicidaires.
- **Être en mesure** de mettre en œuvre une approche relationnelle adaptée face à une personne dépressive.
- **Déterminer** les conduites à tenir face au risque suicidaire et lors d'un passage à l'acte abouti ou non.
- **Mettre en œuvre** une démarche de prévention de la souffrance psychique et du risque suicidaire.

Public concerné:

L'ensemble des professionnels d'EHPAD et plus particulièrement les soignants intervenants auprès de personnes âgées dépressives. Aucun pré-requis n'est nécessaire pour cette action de formation.

Nos méthodes pédagogiques:

Les modalités pédagogiques retenues sont :

- L'apport d'un contenu théorique et d'un contenu méthodologique.
- L'analyse des pratiques professionnelles.
- Les brainstormings et questionnements collectifs.
- Les études de cas apportées par l'intervenant(e) et/ou les participants.
- Le visionnage de séquences vidéo.

Durée: 2 jour(s)

Programme détaillé de la formation:

[size=130]Appréhender les différentes formes de dépression chez la personne âgée :[/size]

Visionnage du film « Emmurés dans le silence » de Pierre Schumarer. Ce film, intégré aux outils Mobiqua illustre la démarche de prise en soin des personnes âgées dépressives par :

- L'immersion au sein d'une structure psychiatrique de prise en charge de personnes dépressives.
- Des analyses proposées par différents professionnels.
- Des témoignages de familles confrontées à la dépression d'un proche.

Au terme de la diffusion de ce support, les participants seront invités à échanger au sujet des différents éléments présentés. **La symptomatologie de la dépression et des troubles dépressifs :**

- Les symptômes de « 1er rang » : troubles de l'humeur, perte de l'élan vital...
- Les symptômes de « 2nd rang » : troubles cognitifs, comportementaux...
- Les caractéristiques d'un syndrome dépressif mineur.
- Les caractéristiques d'un syndrome dépressif majeur.

Les formes cliniques de dépressions les plus courantes chez la personne âgée :

- Dépression délirante.
- Dépression hostile.
- Dépression masquée.
- Dépression avec plainte mnésique.
- Dépression mélancolique.
- Dépression à début tardif.
- Dépression dans le cadre d'une démence.

[size=130]La prise en soin et l'accompagnement d'une personne âgée dépressive :[/size] **Le repérage d'un épisode dépressif : les facteurs de risques liés à la personne.**

- La polymédication avec risque de iatrogénie médicamenteuse.
- L'apparition récente d'un état de dépendance.
- Les multiples deuils.
- Les antécédents de dépression ou de troubles anxieux.
- Les addictions.

Le repérage d'un épisode dépressif : l'analyse des facteurs de risque liés à l'environnement.

- Une entrée en institution récente et non souhaitée.
- L'absence de présence familiale/amicale.
- Les conflits familiaux.
- La précarité matérielle ou financière.

Présentation et explication de l'utilisation des outils d'évaluation du syndrome dépressif :

- La "Gériatric Depression Scale" (Mini-GDS / GDS) : fonctionnement, intérêts et limites.
- Echelle de CORNELL : fonctionnement, intérêts et limites.
- Échelle de HAMILTON : fonctionnement, intérêts et limites.
- L'item relatif à la dépression de l'inventaire neuro-psychiatrique (dans le cadre de la démence) : fonctionnement, intérêts et limites.

Une approche d'observation évaluative globale :

- La nécessité de combiner le travail d'évaluation à l'observation quotidienne du résident.
- L'importance du travail pluridisciplinaire.
- Le rôle de l'entourage proche.

Les signes d'alertes physique à prendre en compte :

- L'apparition de troubles du sommeil (hypersommeil ou insomnie).
- Amaigrissement, perte d'appétit, trouble du comportement alimentaire.
- Plainte douloureuse peu spécifique et ne répondant pas aux traitements antalgiques habituels.

Signe d'alertes psychologiques :

- Présence d'anxiété, d'angoisse.
- Présence de propos délirants sombres (notion de ruine, de désespoir important).

Signes d'alertes au niveau cognitif :

- Déficit de l'attention, de la concentration.
- Angoisse excessive ou plainte excessive en lien avec le fonctionnement de la mémoire.

Au niveau social :

- Difficultés relationnelles (rapports fréquemment conflictuels, refus de sortir de la chambre).
- Isolement social actif.

L'approche médicamenteuse :

- Présentation rapide du fonctionnement des anti-dépresseurs et des anxiolytiques.

L'approche non-médicamenteuse :

- Principes généraux de l'accompagnement psychologique.

Principe généraux de l'accompagnement quotidien :

- La réévaluation et l'actualisation de la prise en charge.
- Favoriser l'autonomie de la personne.
- Pas de sur-stimulation.
- Ne pas laisser la personne s'isoler.
- Limiter les contraintes institutionnelles.
- La notion de « locus of control ».
- Les activités comme support de lutte contre la dépression.

L'approche relationnelle de la personne âgée dépressive :

- Rappel sur les bases de la communication.
- L'importance de la proxémie et du paralangage.
- L'écoute active et le non-jugement.
- Savoir quoi répondre face à une personne évoquant le désir de mourir.
- Gérer « les crises ».

Une prise en charge institutionnelle de la dépression :

- L'importance de la collaboration et de la communication entre les différents acteurs.
- Le rôle et l'impact des projets personnalisés.
- Réflexion autour des phénomènes d'angoisse et d'impuissance vécus par les professionnels au contact de personnes âgées dépressives.

[size=130]Permettre aux participants de comprendre les multiples dimensions du suicide et les mécanismes suicidaires :[/size] Définition des concepts relatifs au suicide :

- Le suicide.
- Les idées suicidaires.
- Le suicidant.

- La tentative de suicide.

Epidémiologie et facteurs de risques suicidaires chez la personne âgée :

- Le suicide des personnes âgées en France.
- Les risques relatifs aux addictions et notamment à l'alcoolisme.
- Le placement en institution.
- Les deuils.
- Le sentiment d'inutilité.
- La facilité d'accès aux moyens létaux.
- La présence d'une pathologie psychiatrique et notamment la dépression et la bipolarité.

Les facteurs de protection :

- Le soutien et la présence de l'entourage.
- Les pratiques religieuses.
- Un traitement adapté.
- La notion de « locus of control »
- La notion de vieillissement réussi.

Visionnage de la séquence « Dépression et risque suicidaire » du film de Pierre Schumacher. Cette séquence, intégrée aux outils Mobiqua, illustre les différentes étapes d'une crise suicidaire chez le sujet âgé.

Introduction à la notion de crise suicidaire :

- Définition du concept.
- Discussion et limite du concept.

Les étapes d'une crise suicidaire : l'entrée dans une crise suicidaire.

- Les flashes d'idées suicidaires.
- L'augmentation de la fréquence des idées suicidaires (Idéation suicidaire).

Les étapes d'une crise suicidaire : la maturation de la crise suicidaire.

- Les premières pensées relatives à la mise en œuvre du suicide (ruminantion).
- La phase de construction du scénario (fixation).
- Le scénario suicidaire est défini précisément sans définition temporelle de sa mise en œuvre (cristallisation).

Les étapes d'une crise suicidaire : le passage à l'acte.

- Le sujet a défini une date de mise en œuvre de l'acte suicidaire.
- Le passage à l'acte est imminent.
- Le passage à l'acte est en cours.

Discussion autour des étapes de la crise suicidaire :

- La nécessité de s'appuyer sur un modèle théorique.
- Les limites de ce modèle.

[size=130]La démarche de repérage et d'évaluation de la crise suicidaire :[/size] L'adoption d'un point de vue probabiliste :

- L'accumulation des facteurs de risques.
- L'évaluation de la dangerosité.
- La mise en place d'une démarche de prévention.

Etre soignant et aborder la souffrance morale et les idées suicidaires :

- Rappeler/confirmer que parler du suicide n'encourage pas le suicide.

Identifier les éléments à prendre en compte lors d'un entretien avec une personne en crise suicidaire :

- Aborder le degré de souffrance morale.
- Aborder le degré d'intentionnalité.
- Aborder les éléments d'impulsivité.
- Identifier les moyens létaux envisagés.
- Rechercher les facteurs de protection (notamment la présence d'un entourage proche).

L'importance de la coordination et de la communication entre les différents professionnels :

- Les transmissions ciblées.
- Les réunions.
- Définition du rôle de chacun (médecin coordonnateur, médecin traitant, cadre de santé, soignants, IDE, psychologue...)

Evaluer la dangerosité et l'urgence : la situation d'urgence faible.

- Le sujet cherche à parler.
- Evoque des solutions pour ses problèmes.
- Ne présente pas de scénario.
- A établi un lien de confiance avec le/les soignants.

Evaluer la dangerosité et l'urgence : la situation d'urgence moyenne :

- Forte valeur émotionnelle du discours (crise de larmes).
- Scénario envisagé mais reporté.
- Pas d'alternative au suicide.

Evaluer la dangerosité et l'urgence : la situation d'urgence forte.

- Passage à l'acte planifié clairement (où, quand, comment).
- Anesthésie affective.
- Douleur morale très présente ou tue.
- Accès immédiat à un moyen létaux.

Les actions à mettre en œuvre en cas de crise suicidaire avérée : Face à une urgence forte :

- Hospitalisation en psychiatrie très fortement recommandée (possibilité de passer par l'hospitalisation à la demande d'un tiers).
- Sécurisation de la chambre.
- Surveillance de la personne.

Face à une urgence moyenne :

- Le risque de passage à l'acte n'est pas imminent, la coopération de la personne doit systématiquement être recherchée.
- Le médecin traitant et le médecin coordonnateur doivent être informés.
- La mise en place d'un suivi psychologique/psychiatrique est nécessaire.

Face à une urgence faible :

- La présentation des différents services d'aide et d'écoute doit être réalisée.
- Information du médecin traitant.

Questionnement collectif :

- Peut-on prévenir tous les suicides ?
- Qu'entend-on vraiment par prévenir ?
- Quelle liberté est laissée au sujet dans le cadre de la prévention ?
- Comment se positionner à la suite d'un suicide dans un service ? Doit-on parler d'échec ?