

Mini-GDS*

Identité patient :

Identité soignant :

Nom :

Date de réalisation :

Prénom:

Date de naissance :

Consignes :

Posez les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, **il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.**

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Vous sentez- vous découragé (e) et triste ? | <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> <u>Non</u> |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | <input type="checkbox"/> <u>Oui</u> | <input type="checkbox"/> Non |

Si réponse soulignée est cochée = 1 point

SCORE TOTAL : ___ / 4

Interprétation :

Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression

Si score total égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression

* Yesavage JA: Geriatric depression scale. Psychopharm Bulletin 1988 ; 24:709 -710.
Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F: Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'Encéphale 1997; XXIII: 91-99