

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°43

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

BOSQUART Olivier

Né le 27/06/1977 à la Roche sur Yon

Présentée et soutenue publiquement le 19/10/2007

**PREVENTION DU SUICIDE ET EVALUATION
DU POTENTIEL SUICIDAIRE
DE LA PERSONNE AGEE
EN MEDECINE GENERALE**

Président : Monsieur le Professeur VANELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur OULD-AOUDIA

PLAN DE THESE

INTRODUCTION.....	12
I. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGEE EN FRANCE.....	13
1. Nombre de décès par suicide en fonction du sexe et de l'âge.....	13
2. Taux de décès par suicide en fonction du sexe et de l'âge.....	14
3. Part des suicides dans la mortalité générale en fonction du sexe et de l'âge.....	16
4. Le ratio homme-femme du suicide en fonction de l'âge.....	17
5. Epidémiologie des tentatives de suicide en fonction du sexe et de l'âge.....	18
5.1. Le nombre de tentatives de suicide en fonction du sexe et de l'âge.....	18
5.2. Le ratio décès/tentative de suicide en fonction du sexe et de l'âge.....	19
6. Caractéristiques des modes de suicide chez la personne âgée.....	20
6.1. Chez l'homme.....	21
6.2. Chez la femme.....	22
7. Evolution du taux de suicide par tranche d'âge.....	25
8. Taux de mortalité par suicide en fonction du statut matrimonial.....	28
9. Taux de mortalité par suicide en fonction du statut social.....	29

10. Les décès de cause indéterminée.....	29
11. Situation du suicide de la personne âgée en France.....	30
12. Situation du suicide de la personne âgée dans les Pays de la Loire.....	32
13. Les comparaisons internationales des taux de décès par suicide chez les personnes de plus de 65 ans.....	34
14. En conclusion.....	35

II. INTERPRETATIONS DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGEE.....36

1. Définition du suicide et classification des conduites suicidaires.....	36
1.1. Les conduites suicidaires conscientes : interrogation sur le suicide rationnel ou philosophique.....	36
1.2. Les conduites suicidaires inconscientes ou équivalents suicidaires.....	39
2. Les explications à dominantes biomédicales.....	45
2.1. Interprétation des effets de l'âge sur les taux de suicides.....	45
2.2. Les troubles psychiatriques.....	45
2.3. Les pathologies somatiques : la maladie, le handicap la douleur et l'effet de la chronicité.....	50

3.	Les explications à dominantes psychopathologiques.....	51
3.1.	La taxinomie de Pelicier	51
3.2.	La crise du vieillissement et l'échec du travail du vieillissement.....	52
4.	Les explications à dominantes sociologiques.....	54
4.1.	Le passage à la retraite : dévalorisation sociale, perte d'identité et modification du rythme de vie et de l'équilibre conjugal.....	54
4.2.	La dépendance socio-économique.....	55
4.3.	L'isolement et la solitude.....	55
4.4.	Le statut matrimonial et le veuvage.....	56
4.5.	L'institutionnalisation.....	56
4.6.	La place de la personne âgée dans la société.....	57
III. PREVENTION DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGEE.....		59
1.	Les différents niveaux de prévention : 1aire, 2aire et 3aire.....	59
2.	Les politiques de prévention du suicide de la personne âgée.....	60
2.1.	Histoire de la prévention du suicide en France : le suicide une priorité de santé récente.....	54
2.2.	Les mesures non spécifiques aux personnes âgées.....	54

2.3. Les mesures spécifiques aux personnes âgées.....	56
3. Les axes de la prévention primaire du suicide de la personne âgée.....	57
3.1. La prévention de type médical.....	57
3.2. La prévention de type social.....	60
IV. EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE DE LA PERSONNE AGEE EN MEDECINE GENERALE : ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE ATLANTIQUE ET DE VENDEE.....	69
1. Présentation de l'enquête.....	69
1.1. Objectifs.....	69
1.2. Méthode et matériel.....	69
2. Résultats et analyse de l'enquête.....	70
2.1. Nombre de réponse au questionnaire et profil des médecins enquêtés.....	70
2.2. Evaluation du dépistage de la dépression de la personne âgée en médecine générale.....	72
2.3. Evaluation de la prise en charge de la dépression de la personne âgée en médecine générale : Etude comparative entre la prise en charge de la dépression chez la personne âgée et l'adulte de moins de 75 ans.....	81

2.4. Evaluation du potentiel suicidaire de la personne âgée en crise suicidaire par les médecins généralistes.....	86
2.5. La formation des médecins généralistes sur la prise en charge de la dépression et de la crise suicidaire.....	87
2.6. Les coordonnées de réseaux d'accueil et d'écoute.....	94
2.7. La formation des médecins généralistes sur la prise en charge de la crise suicidaire chez la personne âgée.....	96
3. Discussion.....	97
CONCLUSION.....	99
ANNEXES.....	100
BIBLIOGRAPHIE.....	119

INTRODUCTION

Le suicide du sujet âgé a de tous temps existé, et ceci dans toutes les sociétés, mais son image sociale a varié selon les époques.

Chez les Gaulois et les Goths, le suicide de l'âgé était un phénomène admis lorsque la vie devenait trop pesante.

Dans la Grèce et la Rome antiques, le suicide n'a pas toujours été un tabou et la permission de se suicider pouvait être accordée, par la voix du sénat, aux personnes âgées qui en faisaient la demande.

Dans la civilisation judéo-chrétienne, le suicide a longtemps été fermement condamné en l'assimilant à un homicide privant ainsi l'individu de toute sépulture chrétienne.

Dans notre civilisation moderne, le phénomène suicidaire de la personne âgée est souvent banalisé et méconnu du grand public. Un sondage réalisé en 2000 par la SOFRES montre que les retraités sont considérés par la population comme une catégorie à faible risque suicidaire. En effet, à la question « quelles sont les catégories qui meurent le plus par suicide ? », les retraités sont cités seulement dans 5% des cas. Pourtant, dès la fin du 19^{ème} siècle, DURKHEIM avait mis en évidence que les taux de suicides progressaient avec l'avancée en âge.

Une formation sur la gestion de la crise suicidaire, réalisée lors de mon stage en psychiatrie au CHS de Montbert, m'a fait prendre conscience de l'ampleur de ce phénomène suicidaire chez le sujet âgé. Je me suis alors interrogé sur la place du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage de la crise suicidaire de la personne âgée.

La première partie de ce travail a pour objectif de rappeler les principales caractéristiques épidémiologiques du suicide de l'âgé.

Dans un deuxième temps nous nous intéresserons aux différentes interprétations biomédicales, analytiques et sociales du suicide dans cette population.

Enfin, après avoir abordé dans une troisième partie les grands principes de la prévention du suicide du sujet âgé, nous aborderons dans un quatrième temps l'analyse d'une enquête réalisée auprès de médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée, sur le dépistage et l'évaluation du potentiel suicidaire de la personne âgée de plus de 75 ans en médecine générale.

I. CARACTERISITIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGEE EN FRANCE :

1. Nombre de décès par suicide en fonction du sexe et de l'âge : [8] [15]

Le nombre de décès annuels par suicide en France est actuellement d'environ 10.000 à 12.000. Les derniers chiffres donnés par L'INSERM font état de 10.664 décès en 2003.

L'étude faite en 1997 (figure 1) montre que le nombre absolu de décès augmente de façon linéaire jusqu'à la tranche de 35- 54 ans où il atteint un plateau, puis diminue brutalement dans la tranche d'âge 55-64 ans pour finalement diminuer progressivement après 65 ans. Cependant, le nombre de décès par suicide de la population de plus de 65 ans et des plus de 75 ans représente tout de même respectivement plus de 30 % et 15 % du total des suicides.

En 1997, on dénombre 1661 cas de suicide chez les plus de 75 ans. (tableau 1)

On note que le nombre de décès par suicide chez les hommes et chez les femmes suit les mêmes variations aux mêmes âges mais les décès masculins sont environ trois fois plus nombreux que les décès féminins jusque vers 50 ans et deux fois plus nombreux aux âges plus élevés. (figure 1 et tableau 1)

Figure 1 : Nombre de décès par suicide enregistrés en 1997

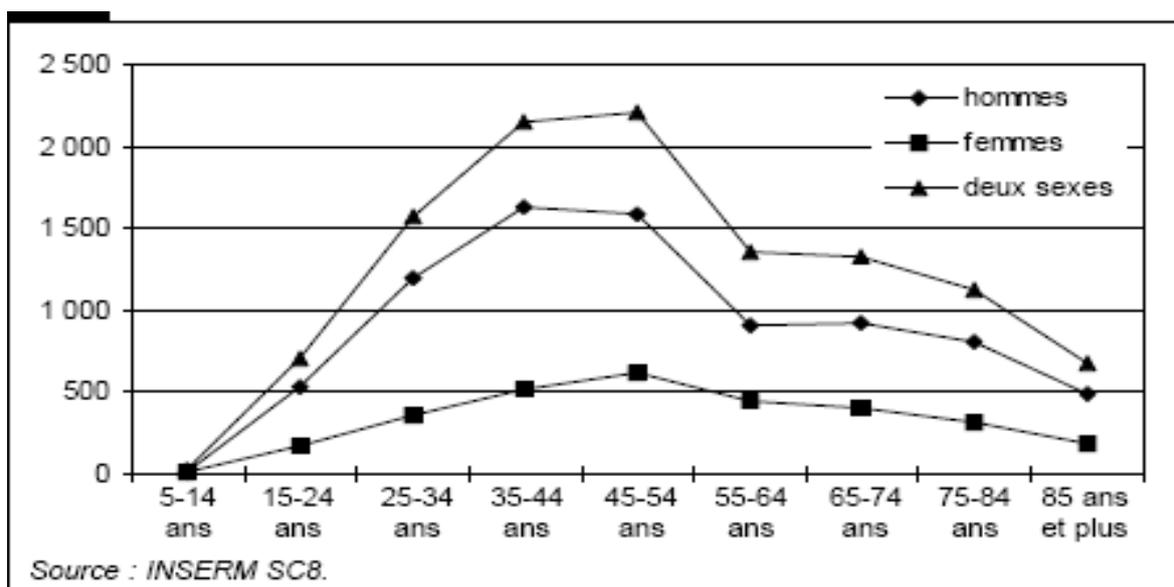


Tableau 1 : Effectifs des décès par suicide par sexe et classe d'âge en 1997

Effectifs des décès par suicide par sexe et classe d'âge											
Sexe	Total	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
M	7 427	21	477	1 103	1 514	1 379	831	913	770	404	15
F	2 841	9	127	325	486	604	394	424	295	174	3
Ensemble	10 268	30	604	1 428	2 000	1 983	1 225	1 337	1 065	578	18

Source : DRESS n°30 avril 2003

2. Taux de décès par suicide en fonction du sexe et de l'âge : [36]

Le taux de mortalité par suicide en 1999 tous âges et deux sexes confondus est de 17.5/100 000.

Ce taux varie fortement selon l'âge et le sexe : (figure 2)

-Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes : Cette augmentation du taux de suicides avec l'âge est régulièrement constatée depuis les premières études de DURKHEIM à la fin du 19^e siècle.

Dans les modèles estimés sur la mortalité masculine comme sur la mortalité féminine, c'est, comme l'a retracé DURKHEIM à la fin du XIX^e siècle, l'effet de l'âge qui reste le plus important pour expliquer les variations du taux de suicide. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de se suicider à 20 ans est environ cinq fois moins élevée qu'à 75 ans, pour les hommes comme pour les femmes. Dans les deux cas, la « propension à se suicider » apparaît bien globalement croissante avec l'âge.

-L'augmentation du taux de suicide varie selon le sexe :

Les taux de suicide chez l'homme sont plus élevés que chez les femmes avec un ratio de 2,8 en 1999 tous âges confondus.

Chez les hommes, on observe trois tendances selon l'âge :

Une augmentation régulière des taux entre 15 et 44 ans (taux multipliés par 3), une diminution entre 45 et 64 ans (-11 %), suivie d'une explosion du taux à partir de 65 ans qui s'accroît encore plus chez les plus de 75 ans (taux multipliés par 4)

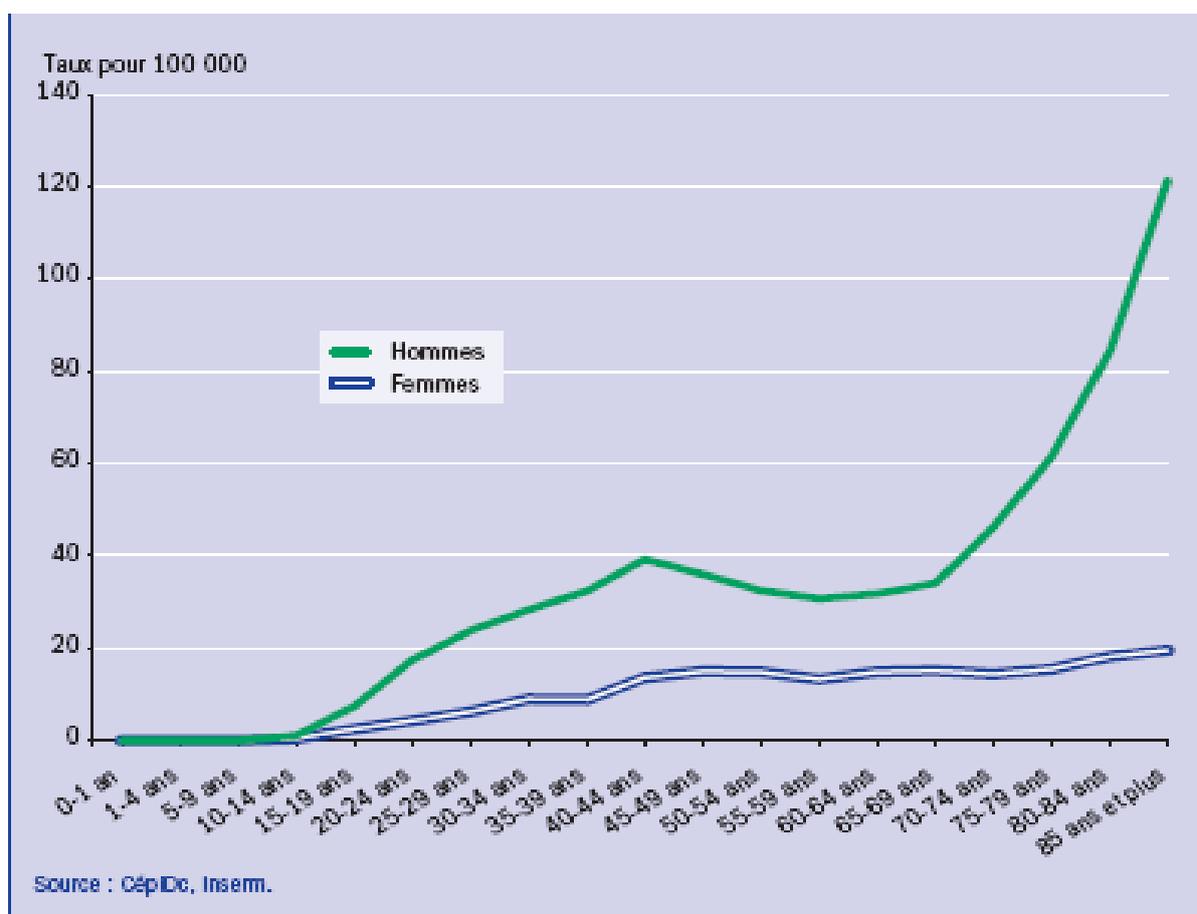
Chez les femmes, l'augmentation des taux avec l'âge est plus modérée avec une stabilisation des taux entre les 40 et 79 ans puis une légère augmentation après 80 ans.

Ainsi, les taux de décès par suicide sont beaucoup plus élevés chez les personnes âgées, et particulièrement chez les hommes de plus de 75 ans.

En 1997, les taux de décès par suicide masculin concernant les tranches d'âge 75 – 84 ans et 85 et plus étaient respectivement de 72,9 et 134,7 / 100 000 habitants alors que le taux national était de 28,3.

Chez les femmes, ces taux étaient respectivement de 18,2 et 20,7 alors que le taux national était de 10,1.

Figure 2 : Taux de décès par suicide selon le sexe et l'âge en France en 1999



3. Part des suicides dans la mortalité générale en fonction du sexe et de l'âge : [8] [36]

Le poids du suicide dans l'ensemble des causes de décès donne une explication au trop long désintéressement du suicide de la personne âgée par les politiques de santé publique.

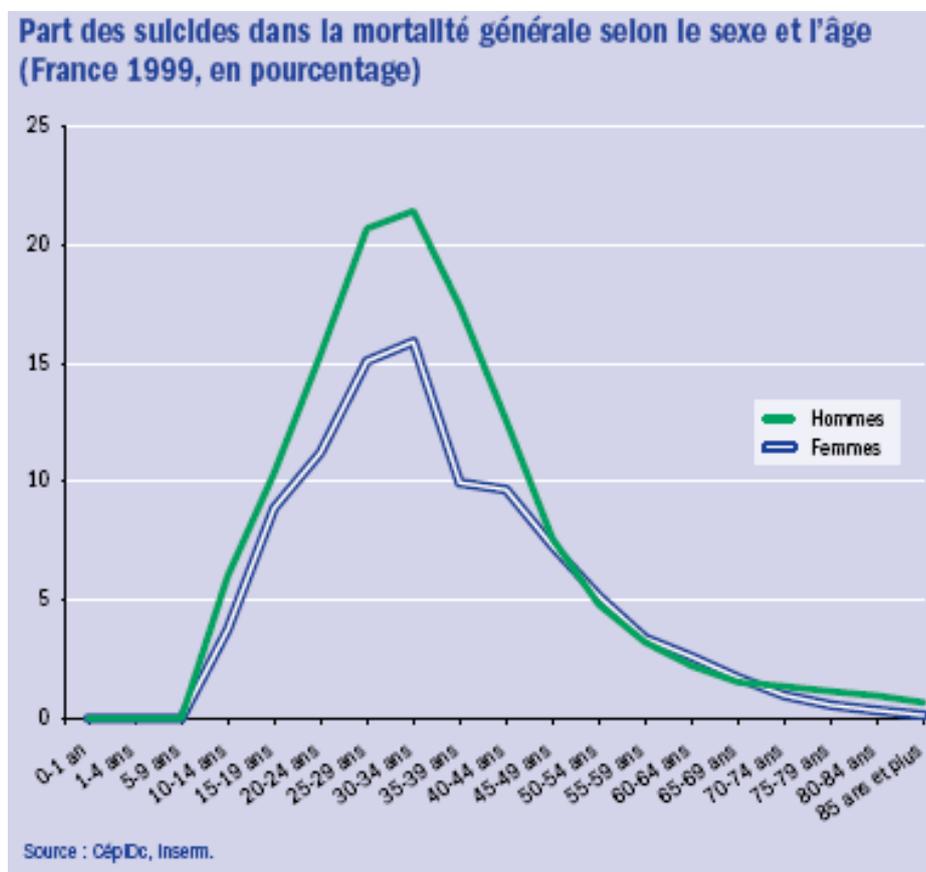
La part des suicides dans la mortalité générale augmente progressivement pour devenir maximale dans la tranche d'âge 25-34 ans du fait principalement de la baisse significative des autres causes de décès (excepté les accidents de la circulation). Entre 25 et 34 ans les suicides représentent plus de 20% des décès. A partir de la tranche d'âge 35-44 ans on note une diminution importante du poids du suicide dans l'ensemble des décès car plus on avance en âge et plus le risque de décéder d'une autre cause est important. Au-delà de 65 ans, la proportion de suicide parmi les décès devient extrêmement faible (autour de 1%) du fait de la fréquence extrêmement élevée de pathologie sévère dans cette tranche d'âge. (figure 3)

Chez les personnes âgées, le suicide représente la 25ème cause de mortalité.

Ce faible poids du suicide dans l'ensemble des décès chez les personnes âgées de plus de 65 ans pourrait faire oublier que les suicides de cette tranche d'âge représentent environ 30% de l'ensemble des suicides [4] et que les taux de suicides sont de plus en plus élevés avec l'avancée en âge. C'est ce faible poids du suicide de la personne âgée par rapport à l'ensemble des décès qui conduit à minimiser le suicide de la personne âgée dans la conscience collective.

On peut noter que la part des suicides dans l'ensemble des décès chez les hommes et chez les femmes suit la même tendance en fonction des âges.

**Figure 3 : Pourcentage des décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès
(France 1999)**



4. Le ratio homme-femme du suicide en fonction de l'âge : [15]

Quel que soit l'âge, le suicide est majoritairement masculin. En 1999 le ratio homme-femme toutes tranches d'âge confondues était de 2.8.

Le ratio homme-femme est autour de 2.5-3.5 jusqu'à 45 ans, il devient minimal dans la classe d'âge 45-64 ans puis augmente à nouveau après 65 ans pour atteindre 6 entre 85 et 94 ans et il explose après 95 ans avec un ratio de plus de 22. (tableau 2)

Ainsi, après 75 ans, l'écart entre le taux de suicide des hommes et des femmes ne fait que s'accroître : on compte 1 suicide de femme pour 5 d'hommes.

On peut donc parler d'une « sursuicidité » masculine qui augmente d'autant plus que l'on avance en âge et ce phénomène s'accroît brutalement après 75 ans.

D'après certains auteurs comme CANETTO la principale explication à ces écarts serait due à des stratégies d'adaptation plus rigides et moins diversifiées chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 2 : Ratio homme-femme du suicide en France en classe d'âge en 1999

		Âge en classes									
	Total	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
Ratio	2,8	2,5	3,6	3,4	3,2	2,3	2,2	2,7	4,1	5,9	22,7

CépiDc – INSERM

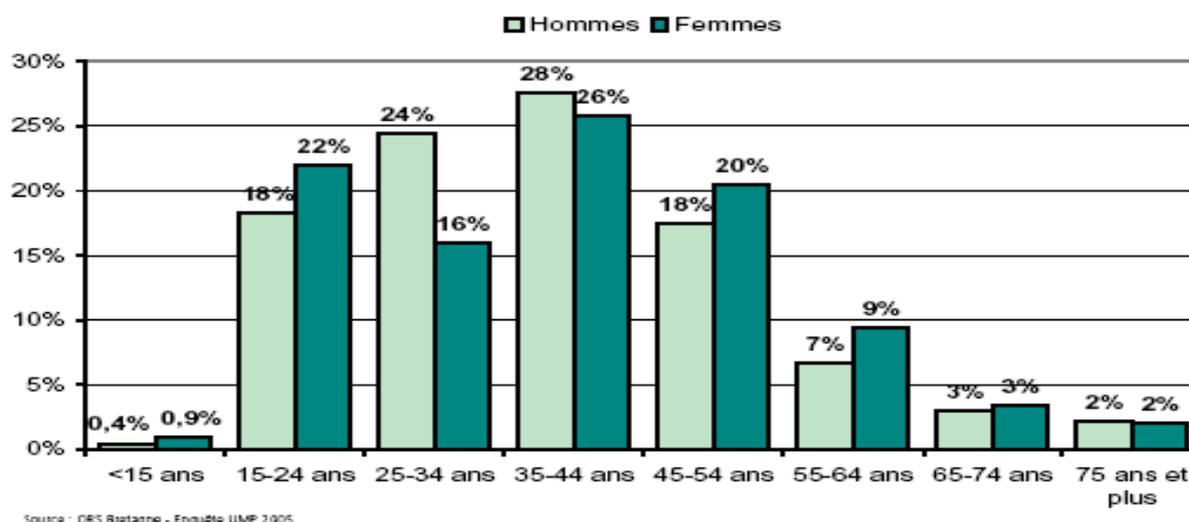
5. Epidémiologie des tentatives de suicide en fonction du sexe et de l'âge :

L'épidémiologie des tentatives de suicide est un domaine très incertain car seuls les sujets hospitalisés pour une tentative de suicide sont comptabilisés dans les statistiques.

5.1. Le nombre de tentatives de suicide en fonction du sexe et de l'âge :

Une étude faite en Bretagne en 2005 (figure 4) par les Unités Médico Psychologiques (UMP) montre une augmentation des tentatives de suicide jusqu'à la tranche d'âge 35-44 ans où elle atteint un pic à 28% chez les hommes puis une diminution des tentatives de suicide avec l'avancée en âge. Ainsi, les tentatives de suicide chez les plus de 65 ans représentent moins de 3% de l'ensemble des tentatives de suicide et moins de 2% chez les plus de 75 ans. Ce constat s'applique aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Figure 4 : Répartition selon le sexe et l'âge des tentatives de suicide prises en charge par les UMP, et/ou la psychiatrie de liaison en Bretagne en 2005



5.2. Le ratio décès/tentative de suicide en fonction du sexe et de l'âge :

Les faibles taux de tentative de suicide chez les plus de 65 ans s'expliquent en partie par des taux de réussite très élevés dans cette tranche d'âge qui diminuent ainsi les possibilités de récurrence.

L'étude de DAVIDSON et PHILIPPE faite à Lyon en 1980 (tableau 3) montre une augmentation des taux de réussite avec l'avancée en âge. On peut expliquer cette augmentation par plusieurs raisons. Tout d'abord, les personnes âgées sont moins résistantes et leurs chances de survie ou de récupération suite à une tentative de suicide sont moindres. D'autre part, du fait d'un isolement social plus fréquent chez les personnes âgées, les possibilités de les secourir sont moindres. Mais il semble que la principale raison pour expliquer cette augmentation du taux de réussite avec l'âge soit l'importance de leur détermination à mourir : effectivement, les personnes âgées utilisent généralement des méthodes de suicide plus létales et présentent généralement moins d'ambivalence face au suicide.

A l'adolescence, le suicide correspond souvent à un appel à l'aide et la finalité de la tentative de suicide n'est que très rarement la recherche directe et immédiate de la mort. Au contraire, après 65 ans, la recherche de la mort est très claire, notamment chez les hommes où l'on constate le chiffre effroyable de presque 1 décès pour 1 tentative de suicide.

Ceci souligne l'importance capitale d'intervenir en amont, c'est-à-dire de repérer les indices de la crise suicidaire chez la personne âgée, car la tentative de suicide ne peut être attendue comme un indicateur de risque de mort future [22].

Tableau 3 : Nombre de tentatives de suicide pour un suicidé selon le sexe et l'âge

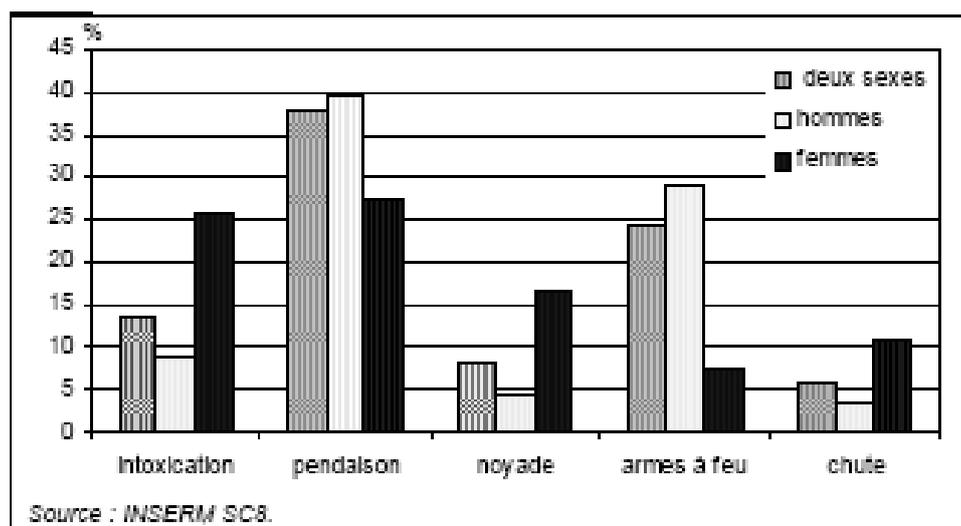
Age	Sexe masculin	Sexe féminin
15-24 ans	22	160
25-34 ans	12	75
35-44 ans	10	83
45-54 ans	2	13
55-64 ans	1.2	13
65 ans et plus	1	3
Tous ages > 15 ans	6	29

Davidson et Philippe, suicide et tentatives de suicide aujourd'hui - Lyon 1980

6. Caractéristiques des modes de suicide de la personne âgée : [8]

Tout âges et sexes confondus, le mode de suicide par pendaison reste le plus fréquent (38% des cas), suivi de l'utilisation d'une arme à feu (24%) puis de l'ingestion de substances toxiques (14%). (figure 5)

Figure 5 : Modes de suicide âge et sexe confondus en 1997



Mais, le mode de suicide demeure très différent selon le sexe et l'âge :

6.1. Chez l'homme :

Chez les hommes, les modes de suicide diffèrent très peu selon l'âge : la pendaison puis les armes à feu représentent respectivement les deux modes les plus fréquemment utilisés chez l'homme tous âges confondus. On peut toutefois constater chez les plus de 75 ans une progression des suicides par chute et noyade et une diminution des suicides par intoxication et armes à feu. (figure 6 et tableau 4)

Ainsi, chez l'homme de plus de 75 ans les modes de suicides sont par ordre de fréquence : la pendaison (41%), l'utilisation d'arme à feu (32%), la noyade (8%), la chute (5%) puis les intoxications (3.7%). (figure 7)

Figure 6 : Modes de suicide chez les hommes selon l'âge en 1997

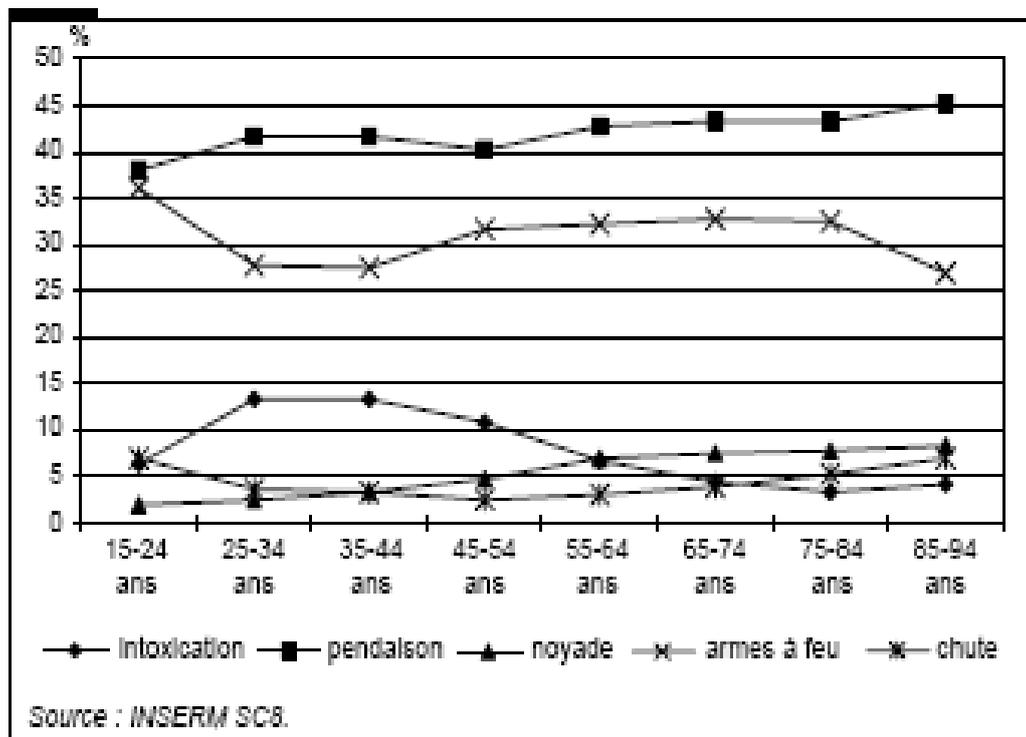
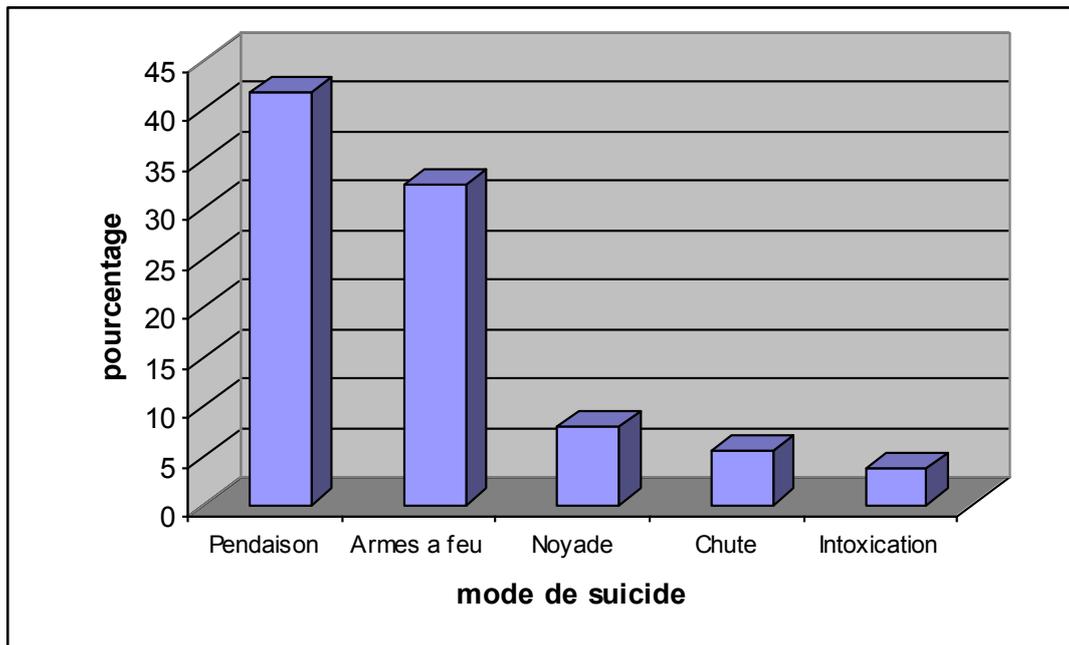


Figure 7 : Fréquence des différents modes de suicide chez les hommes de 75 à 84 ans



6.2. Chez la femme :

En revanche, chez les femmes, les modes de suicide diffèrent beaucoup selon l'âge : (figure 8 et tableau 4)

Le suicide par intoxication, qui correspond au premier mode de suicide chez les femmes de 15 à 54 ans, diminue très fortement chez les femmes de plus de 65 ans et encore plus chez les plus de 75 ans.

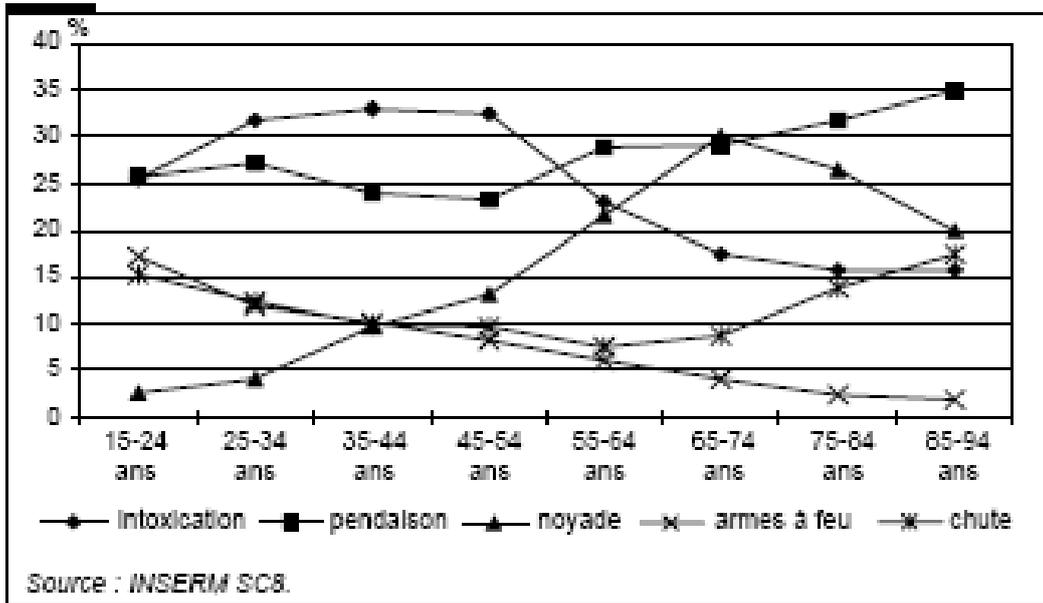
Le mode de suicide par pendaison augmente de façon à peu près linéaire avec l'âge pour devenir le premier mode de suicide chez les plus de 75 ans.

Les suicides par noyade augmentent également très fortement avec l'âge et devient chez les plus de 65 ans le deuxième mode de suicide.

Le mode de suicide par arme à feu diminue fortement avec l'avancée en âge et finit par devenir presque « marginal » chez les femmes de plus de 75 ans alors que c'est comme on l'a vu le 2^{ème} mode de suicide chez les hommes de plus de 75 ans.

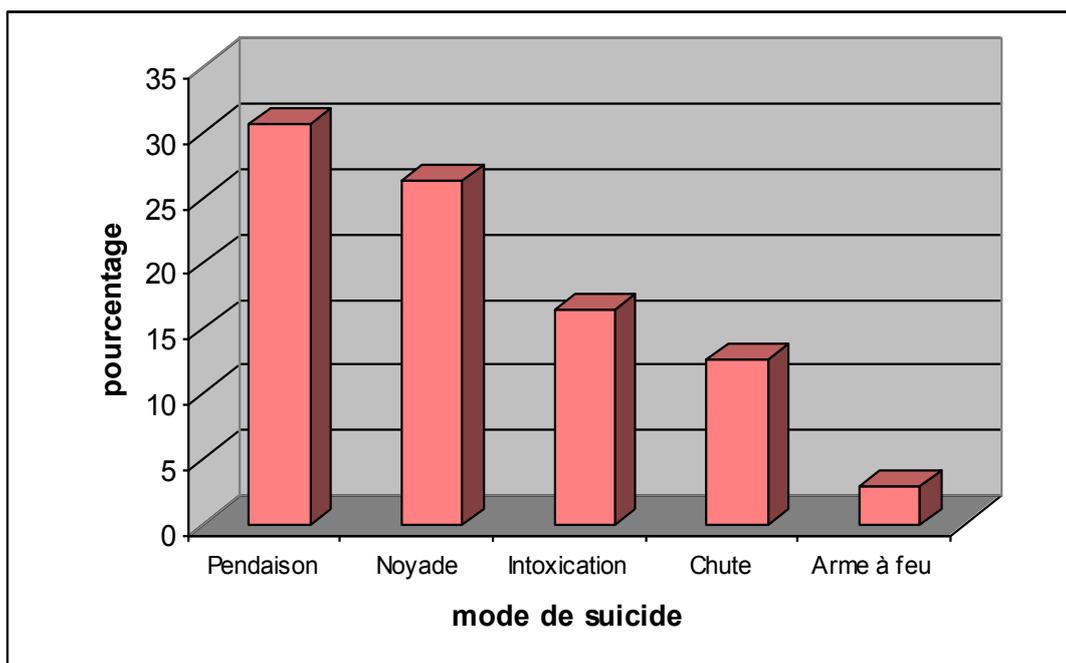
Le suicide par chute augmente fortement chez les plus de 75 ans pour finalement devenir le 3^{ème} mode de suicide chez les plus de 85 ans juste après la pendaison et la noyade.

Figure 8 : Modes de suicide chez les femmes selon l'âge en 1997



Ainsi, chez la femme de plus de 75 ans les modes de suicides sont par ordre de fréquence : la pendaison (30%), la noyade (26%), les intoxications (16%), la chute (13%) puis les armes à feu (3%) (figure 9). Ainsi, contrairement aux hommes, les femmes ont très peu recours aux armes à feu.

Figure 9 : Fréquence des différents modes de suicide chez les femmes de 75 ans à 84 ans



Selon ANDRIAN [4], certains auteurs expliquent cette différence au niveau des méthodes utilisées par une différence d'accessibilité des méthodes comme par exemple l'accès des armes à feu qui est traditionnellement plus facile chez les hommes que chez les femmes.

Mais il existe aussi des attitudes culturelles vis-à-vis des modes de suicide : la noyade est très peu répandue dans les pays Scandinaves, et que l'asphyxie est très fréquente en Espagne et en Italie [4].

Tableau 4 : Part des modes de décès au sein des suicides, par sexe (France, 1996-1999)

Sexe	Mode de décès	Âge en Classe								
		5-14 (%)	15-24 (%)	25-34 (%)	35-44 (%)	45-54 (%)	55-64 (%)	65-74 (%)	75-84 (%)	85ET+ (%)
Hommes										
Ingestion de substances	2 (3,3)	125 (6,1)	567 (11,9)	895 (13,6)	674 (11,6)	241 (6,7)	175 (4,7)	115 (3,7)	60 (3,3)	2854 (9,1)
Pendaison	31 (51,7)	891 (43,4)	2 180 (45,9)	2 936 (44,7)	2 565 (44,0)	1 577 (43,7)	1 587 (42,9)	1 288 (41,7)	808 (44,2)	13863 (44,1)
Noyade	0 (0,0)	33 (1,6)	120 (2,5)	233 (3,5)	282 (4,8)	221 (6,1)	261 (7,1)	245 (7,9)	137 (7,5)	1532 (4,9)
Arme à feu	18 (30,0)	586 (28,5)	1 132 (23,8)	1 583 (24,1)	1 557 (26,7)	1 119 (31,0)	1 270 (34,4)	1 004 (32,5)	511 (28,0)	8780 (27,9)
Chute d'un lieu élevé	6 (10,0)	177 (8,6)	244 (5,1)	216 (3,3)	128 (2,2)	118 (3,3)	123 (3,3)	171 (5,5)	133 (7,3)	1316 (4,2)
Autres	3 (5,0)	241 (11,7)	510 (10,7)	701 (10,7)	618 (10,6)	329 (9,1)	280 (7,6)	265 (8,6)	179 (9,8)	3126 (9,9)
Total	60	2 053	4 753	6 564	5 824	3 605	3 696	3 088	1 828	31471
Femmes										
Ingestion de substances	8 (25,8)	142 (23,7)	417 (30,1)	675 (33,2)	847 (35,7)	402 (23,4)	299 (18,2)	201 (16,3)	119 (16,0)	3110 (26,5)
Pendaison	10 (32,3)	187 (31,2)	413 (29,8)	518 (25,5)	532 (22,4)	469 (27,3)	502 (30,6)	377 (30,5)	251 (33,8)	3259 (27,7)
Noyade	0 (0,0)	13 (2,2)	53 (3,8)	176 (8,7)	320 (13,5)	404 (23,6)	469 (28,6)	325 (26,3)	142 (19,1)	1902 (16,2)
Arme à feu	7 (22,6)	93 (15,5)	134 (9,7)	164 (8,1)	168 (7,1)	91 (5,3)	73 (4,5)	36 (2,9)	13 (1,7)	779 (6,6)
Chute d'un lieu élevé	2 (6,5)	79 (13,2)	173 (12,5)	230 (11,3)	172 (7,3)	117 (6,8)	141 (8,6)	154 (12,5)	128 (17,2)	1196 (10,2)
Autres	4 (12,9)	85 (14,2)	194 (14,0)	268 (13,2)	332 (14,0)	232 (13,5)	156 (9,5)	142 (11,5)	90 (12,1)	1503 (12,8)
Total	31	599	1 384	2 031	2 371	1 715	1 640	1 235	743	11749

Source : DRESS n°30 avril 2003

Tous les experts soulignent la violence des moyens de suicide chez les plus âgés, notamment la pendaison qui constitue la méthode la plus utilisée chez les hommes comme chez les femmes à partir de 65 ans.

Par ailleurs, certains auteurs [26] [41] ajoutent que les personnes âgées préparent froidement, minutieusement, « rationnellement » leur suicide.

Cette radicalité dans les moyens utilisés explique le taux élevé de réussite des actes suicidaires des personnes âgées, à l'inverse des jeunes chez qui les tentatives de suicide sont prédominantes.

De plus, il est vrai que les conséquences d'une tentative suicidaire sont souvent plus graves chez le sujet âgé, dans la mesure où l'acte est commis sur un corps vieillissant fragilisé qui résiste moins bien à l'agression. Ainsi, des études cliniques [58] indiquent que lorsque les médicaments toxiques sont utilisés, les troubles métaboliques sont plus sérieux et se corrigent moins aisément que chez les personnes jeunes.

La majorité des auteurs s'accordent sur le fait que l'efficacité des méthodes utilisées par les personnes âgées traduit leur motivation profonde et leur forte détermination à mourir. On ne peut toutefois manquer de signaler qu'une minorité de spécialistes comme PEDINIELLI [57] estiment que la plus grande réussite des gestes suicidaires chez les personnes âgées ne signifie pas automatiquement que l'intention suicidaire est plus forte chez tous les sujets.

7. Evolution du taux de suicide par tranche d'âge : [5] [15]

Après une période de relative stabilité, les vingt-cinq dernières années ont été marquées en France par des fluctuations importantes de la mortalité par suicide.

En trente ans, de 1968 à 1998 (figure 10 et 11) , les décès par suicide, tous âges confondus, sont passés de 1,79 à 2,13 pour 10 000 habitants, soit un peu plus de 10 000 décès comptabilisés en 1998 :

-de 1968 à 1976, date à laquelle le taux de suicide atteignait 1,89, sa croissance a été faible.

-de 1976 à 1985, au contraire, ce taux a fortement augmenté, de près de 40 % notamment chez les personnes de plus de 65 ans et encore plus chez les plus de 75 ans.

-depuis, la tendance est à la baisse (près de 20 % en 1998 par rapport à 1985), avec cependant une remontée temporaire en 1992 et 1993 et une diminution très faible chez les plus de 85 ans.

Ce profil d'évolution est semblable chez les hommes et chez les femmes. Cependant, pour ces dernières, le taux de suicide est nettement moins élevé, et les tendances d'évolution sont moins marquées. (tableau 5)

Ces tendances globales recouvrent en outre des évolutions variables selon les tranches d'âge et les périodes. Pendant ces trente années, ce sont les plus de 65 ans qui ont connu les variations de plus forte amplitude, à la hausse comme à la baisse. (tableau 6)

L'évolution de la mortalité par suicide peut être statistiquement analysée comme le résultat de trois composantes :

- l'effet de l'âge. Le comportement de suicide varie au fil du vieillissement des individus.
- l'effet de date ou de période. C'est l'effet de la conjoncture économique ou sociale de l'époque sur la propension au suicide de tous les individus vivant à la date observée, quel que soit leur âge ou leur génération.
- l'effet de génération. Elle rend compte de la différence de comportement des individus appartenants à des générations différents du fait d'une différence des valeurs, et des évènements de vie vécus (guerre, crise économique)

Ces trois composantes ne sont bien entendu pas indépendantes.

Figure 10 : Evolution du taux de suicide masculin (pour 10 000) par tranches d'âge de 1968 à 1998

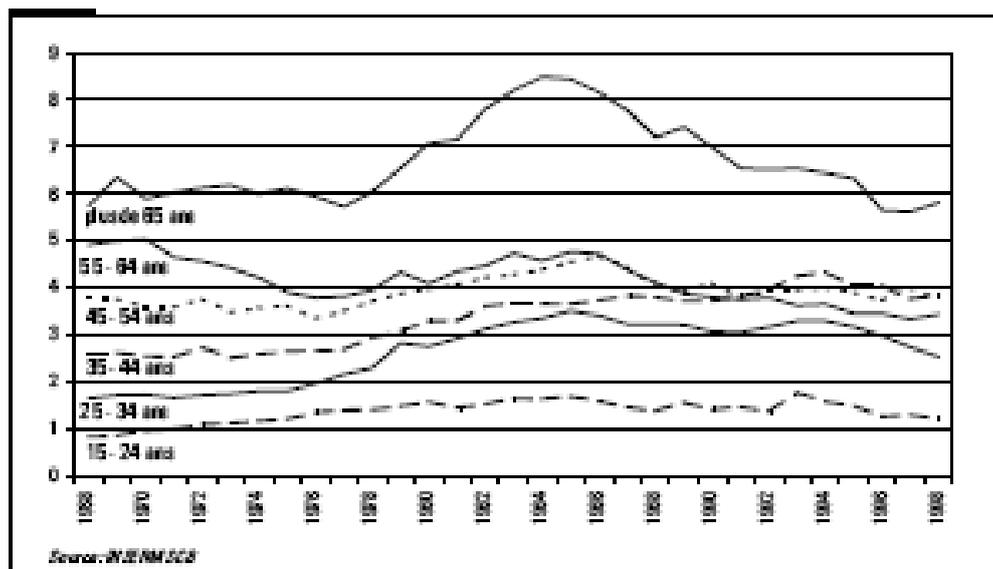


Figure 11 : Evolution du taux de suicide féminin (pour 10 000) par tranches d'âge de 1968 à 1998

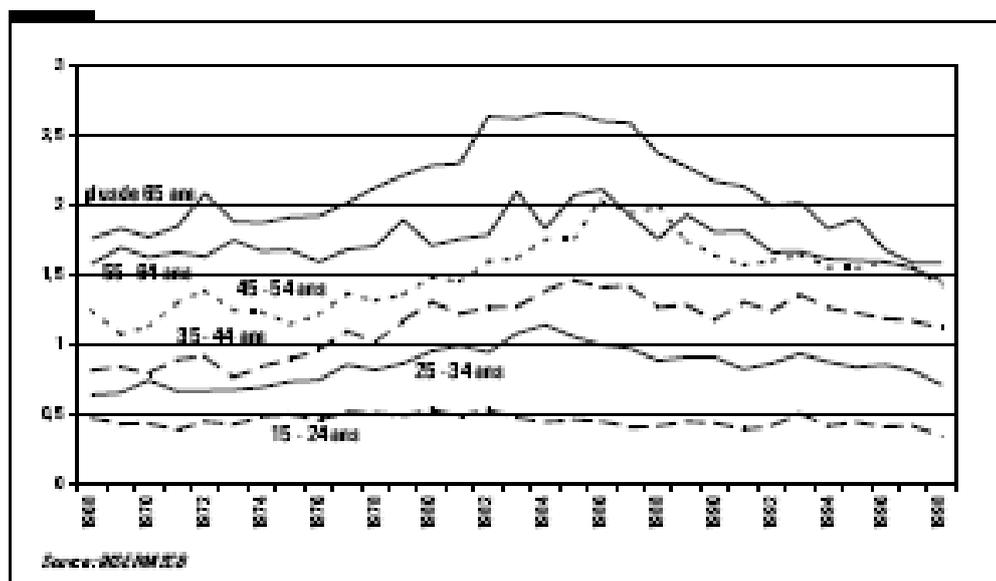


Tableau 5 : Évolution des taux de décès par suicide entre les périodes 1980-1983 et 1996-1999, par sexe et classe d'âge (France)

Période	Âge en classes									Total**
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85 & +	
Hommes*										
1980-83	0,7	15,5	30,1	34,6	41,3	44,5	59,8	100,5	132,0	33,5
1984-87	0,8	16,0	33,9	37,3	45,0	46,4	60,5	109,9	148,0	36,0
1988-91	0,5	14,7	31,6	38,0	39,7	39,2	48,7	95,7	145,8	32,5
1992-95	0,5	15,9	33,0	42,3	40,3	37,1	47,9	86,4	143,9	32,8
1996-99	0,4	12,9	27,5	38,6	37,2	33,7	39,8	70,4	131,4	28,6
Femmes*										
1980-83	0,2	5,1	10,0	12,7	15,4	18,5	23,7	27,1	25,3	11,5
1984-87	0,2	4,5	10,5	14,2	18,7	19,9	25,1	28,3	28,3	12,4
1988-91	0,2	4,3	8,9	12,7	17,4	18,4	20,0	25,2	26,4	11,0
1992-95	0,1	4,6	9,0	13,0	16,2	16,7	17,2	22,8	24,5	10,5
1996-99	0,2	3,9	8,0	11,7	15,2	15,2	14,2	17,6	20,6	9,2

* Pour 100 000 habitants de la population moyenne.

**Taux standardisés sur l'âge.

Source : DRESS n°30 avril 2003

Tableau 6 : Evolution des taux de suicide entre 1983 et 2002 selon le sexe et l'âge

	5 à 14 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans ou plus
Taux spécifiques pour 100 000 habitants									
1993									
Hommes	0,8	19,5	34,5	43,7	40,1	37,1	48,5	92,8	152,7
Femmes	0,2	5,8	9,7	14,2	18,9	17,1	18,8	25,4	28,2
Les deux sexes	0,5	12,8	22,1	28,9	28,6	28,7	30,8	50,1	60,0
2002									
Hommes	0,8	11,9	26,1	38,7	36,3	32,4	38,2	60,3	124,3
Femmes	0,4	3,1	6,7	12,4	15,5	15,0	13,4	14,8	20,5
Les deux sexes	0,5	7,8	16,4	25,4	25,8	23,6	24,6	32,5	48,8
Champ : France métropolitaine. Source : Insee, CépiDc.									

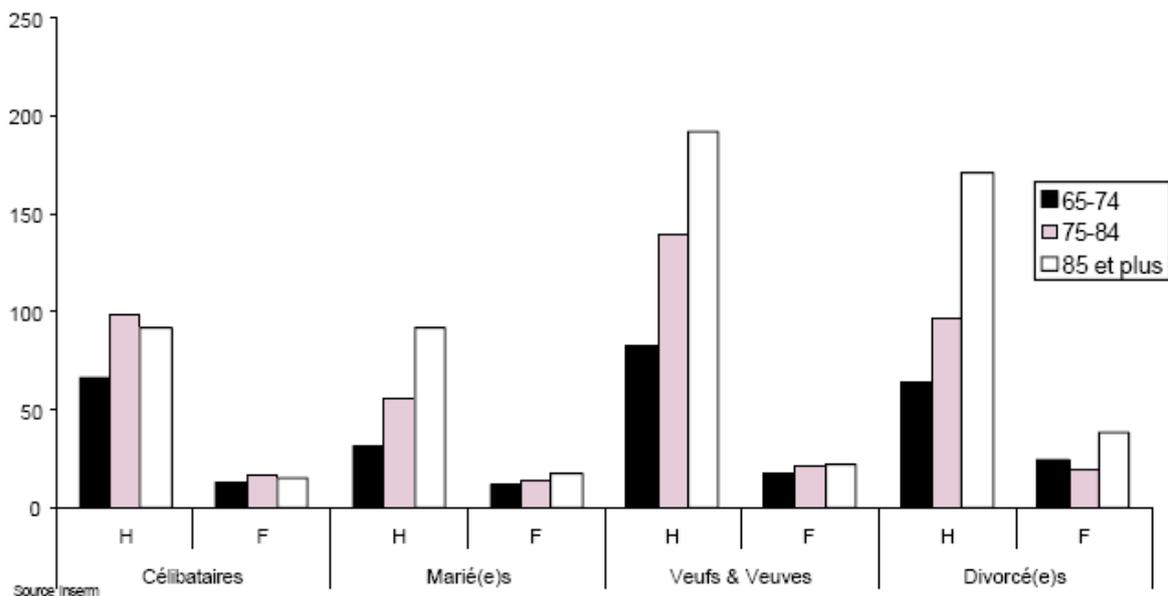
8. Taux de mortalité par suicide en fonction du statut matrimonial :

[27]

D'une façon générale (figure 12), on observe que le statut matrimonial a beaucoup plus d'influence sur le taux de mortalité par suicide des hommes que des femmes. Ceci est d'autant plus vrai qu'on avance en âge. Effectivement, les taux de mortalité par suicide chez les hommes veufs ou divorcés explosent par rapport aux taux de suicide chez les hommes mariés ou célibataires. Le mariage apparaît alors être un facteur protecteur vis-à-vis du suicide des hommes de plus de 65 ans et encore plus chez les plus de 75 ans.

En revanche, chez les femmes, les taux de mortalité par suicide ne varie pratiquement pas en fonction du statut matrimonial : on ne note qu'une très faible augmentation des taux de suicide chez les divorcées et les veuves. D'autre part, contrairement aux hommes, les femmes divorcées se suicident plus que les veuves.

Figure 12 : Distribution des taux de mortalité par suicide pour 100 000habitants par sexe, âge et statut matrimonial en 1997



9. Taux de mortalité par suicide en fonction du statut social :

SURAUULT [25] met en évidence une relation inverse entre le statut social et la mortalité et ceci est valable dans toutes les tranches d'âge. Ainsi, les taux de décès par suicide sont les plus forts dans les milieux sociaux les plus défavorisés et les plus faibles dans les catégories sociales hautes.

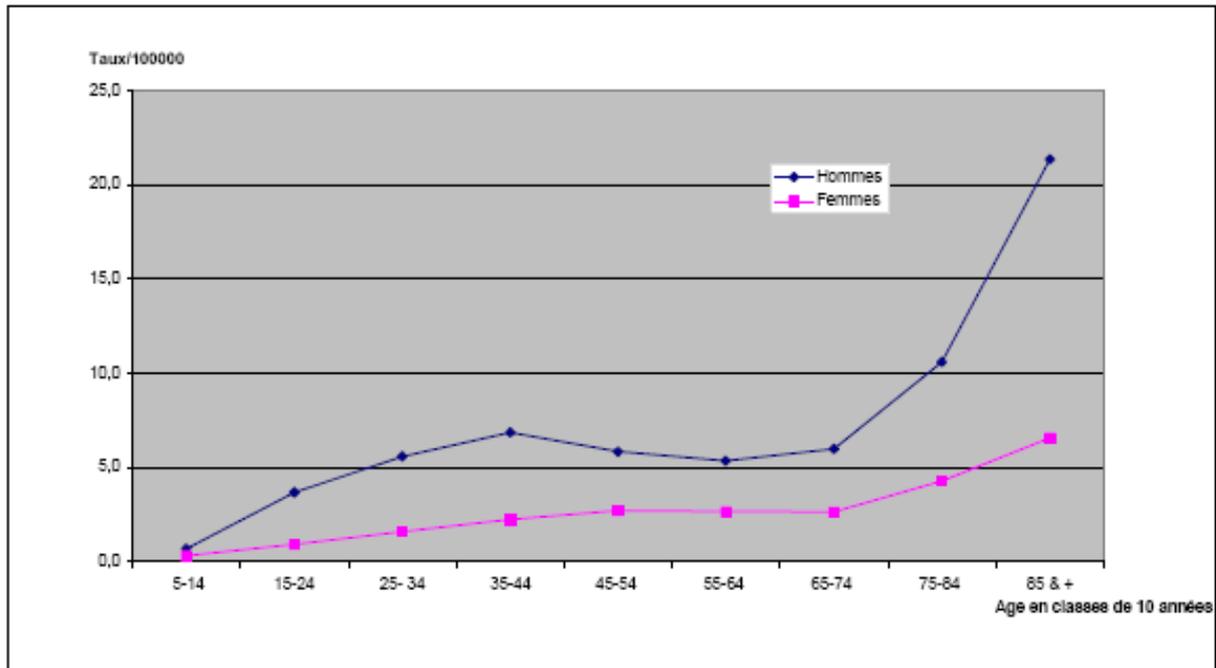
CHAUVEL [17] précise que le taux de suicide pour les ouvriers est environ 4 à 6 fois plus élevé que pour les cadres et les professions libérales.

10. Les décès de cause indéterminée : [15]

Le taux de décès de cause indéterminée augmente fortement après 65 ans et explose après 75 ans. Bien que la fréquence des taux de décès de cause indéterminée soit moins élevée que celle des taux de suicides, les deux catégories évoluent selon les classes d'âge en suivant une courbe semblable (figures 2 et 13). Ceci suggère fortement qu'il existe un lien entre les suicides et les causes indéterminées. Ainsi, devant l'importance des décès inexplicés chez les plus de 75 ans,

on peut penser que le taux de suicide de cette tranche d'âge, déjà très important, est en réalité très largement sous-estimé.

Figure 13 : Taux de décès de cause indéterminée par sexe et classes d'âge France 1999

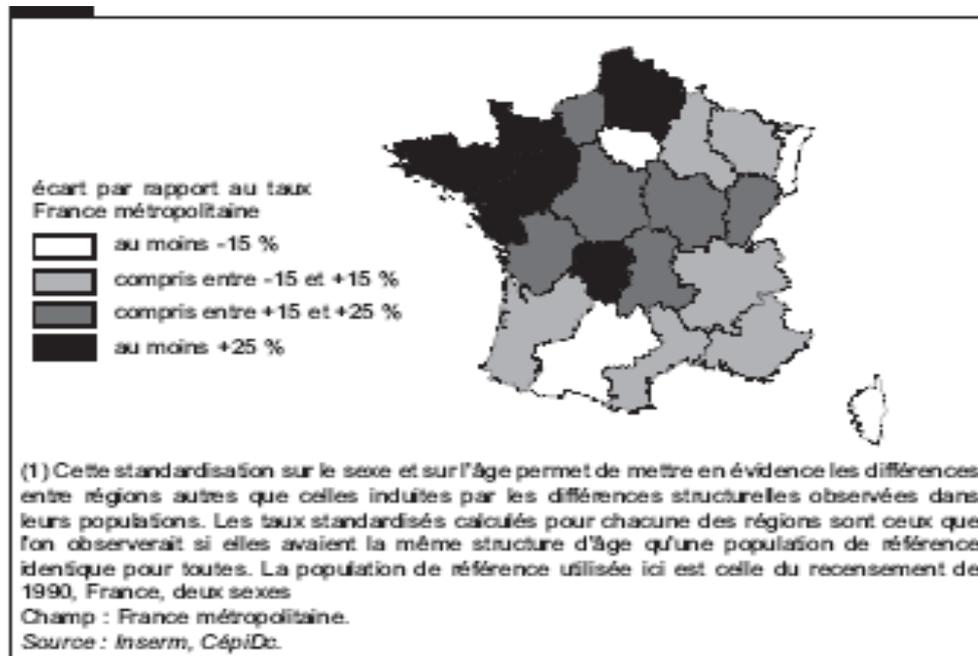


11. Situation du suicide de la personne âgée en France : [27] [48]

Le taux de suicide varie selon les régions, et l'on peut distinguer en fonction de l'écart par rapport aux taux de la France métropolitaine 4 regroupements de régions : les régions à faible taux de suicide, à taux moyens, à taux élevé et à taux très élevé. (Figure 14)

Figure 14 : Disparités régionales de la mortalité par suicide 2000-2002

Comparaison des taux standardisés (1) régionaux à la moyenne métropolitaine



Ainsi, la région des Pays de la Loire apparaît être une région à taux très élevé de suicide par rapport aux taux de la France métropolitaine.

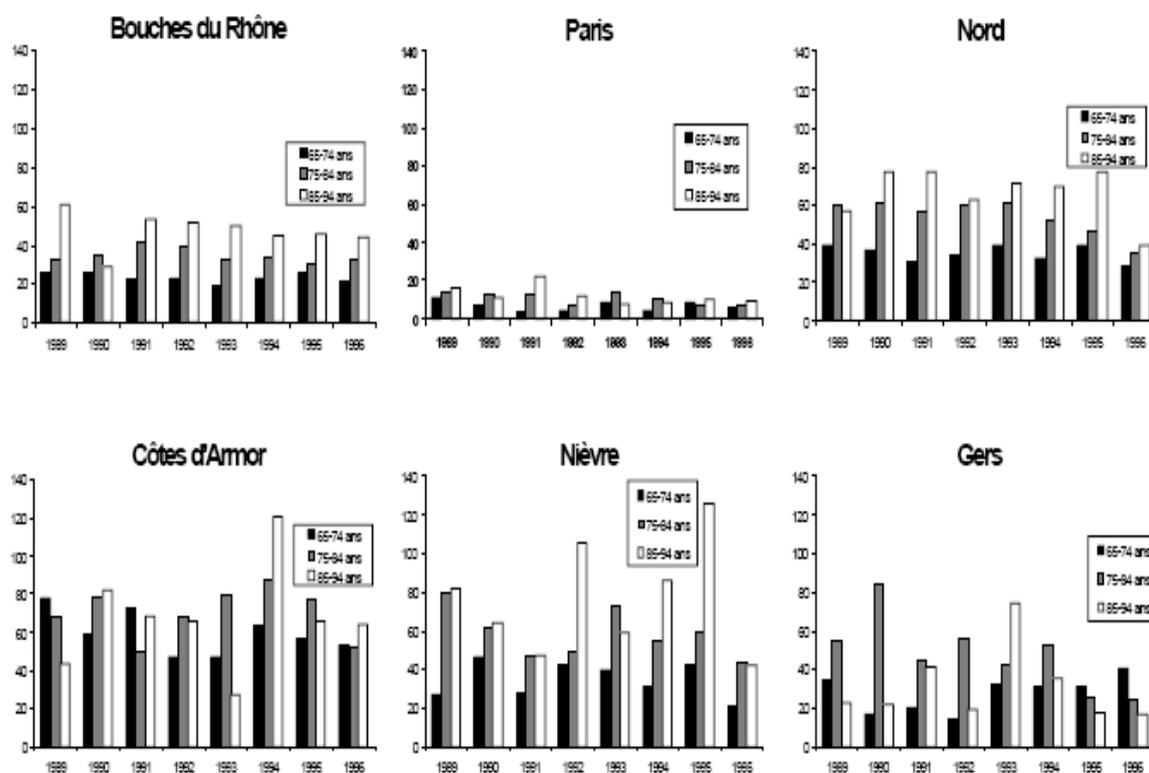
L'analyse régionale de la mortalité par suicide met en évidence une opposition entre, d'une part, les régions situées au Nord d'une ligne Bordeaux-Annecy, où la mortalité apparaît significativement plus élevée que la moyenne nationale (à l'exception de l'Île-de-France, de l'Alsace et de la Lorraine), et, d'autre part, celles du Sud, où au contraire la mortalité est significativement moins élevée.

Toutefois, depuis 1981, les écarts entre les régions diminuent et se rapprochent de la moyenne nationale. Mais, à une échelle plus réduite, les disparités sont importantes d'un département et d'une année à l'autre, y compris pour les populations de plus de 65 ans même si les suicides semblent plus nombreux en milieu rural.

L'augmentation des taux de mortalité avec l'âge et la surmortalité masculine observée au niveau national se retrouve dans pratiquement toutes les régions avec cependant des degrés différents.

Cette disparité entre les régions se retrouve pour toutes les tranches d'âges y compris chez les plus de 65 ans. (Figure 15)

Figure 15 : Distribution des taux de décès par suicide des plus de 65 ans pour 100 000 habitants par tranche d'âge dans six départements entre 1989 et 1996



Source : INSERM

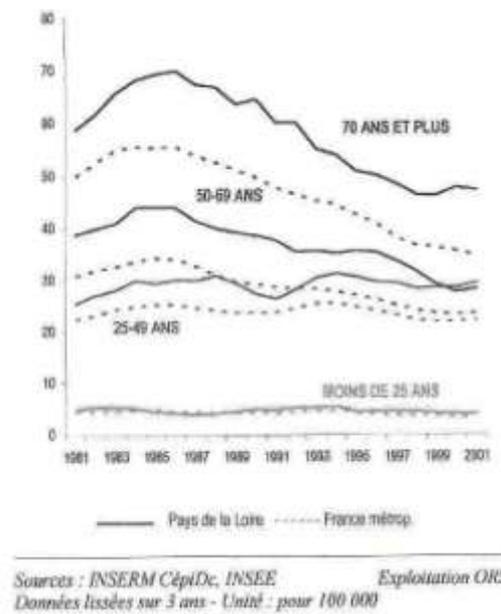
12.Situation du suicide de la personne âgée dans les Pays de la Loire :

[16]

Dans la région des Pays de Loire, la mortalité par suicide dépasse de 25% la moyenne nationale et cette région occupe le quatrième rang des régions les plus mal placées pour cet indicateur. Ceci est valable pour toutes les tranches d'âges et pour les deux sexes (tableau 7).

Chez les plus de 70 ans le taux de mortalité en 2001 était autour de 48/100 000 alors que le taux national pour cette même tranche d'âge était autour de 35/100 000. On peut toutefois noter que la baisse des taux de mortalité chez les plus de 70 ans constatée à l'échelle nationale est à peu près comparable à la baisse des taux de mortalité dans la région des Pays de la Loire. C'est d'ailleurs pour cette tranche d'âge que la baisse des taux a été la plus significative.

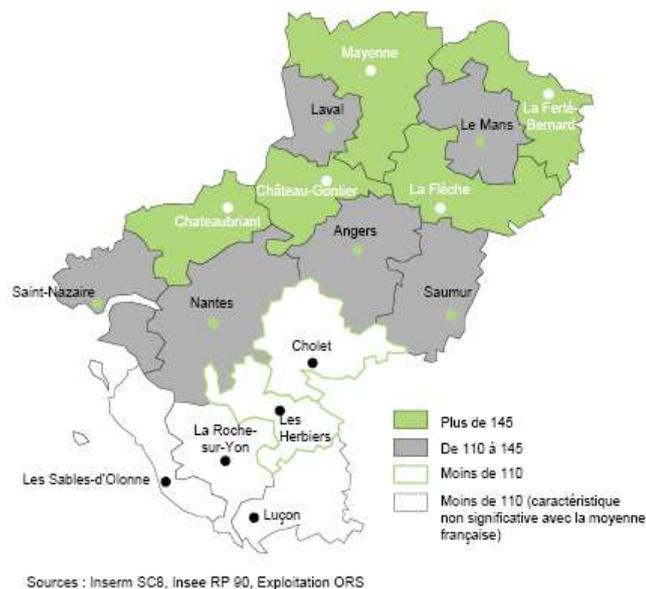
Tableau 7 : Evolution du taux de mortalité par suicide selon l'âge dans les Pays de la Loire entre 1981 et 2001.



Il existe un fort contraste entre le nord et le sud de la région : effectivement, au nord de la région, les taux de mortalité par suicide sont très supérieurs aux taux nationaux alors qu'au sud ils sont inférieurs. (Figure 16)

Figure 16 : Indices comparatifs de mortalité par suicide par zone d'emploi dans les Pays de la Loire en 1988-1992

(Deux sexes, ICM France = 100)



13. Les comparaisons internationales des taux de décès par suicide chez les personnes de plus de 65 ans : [27]

En Europe, d'une manière générale, les pays et les régions du nord semblent davantage touchés que les pays du sud.

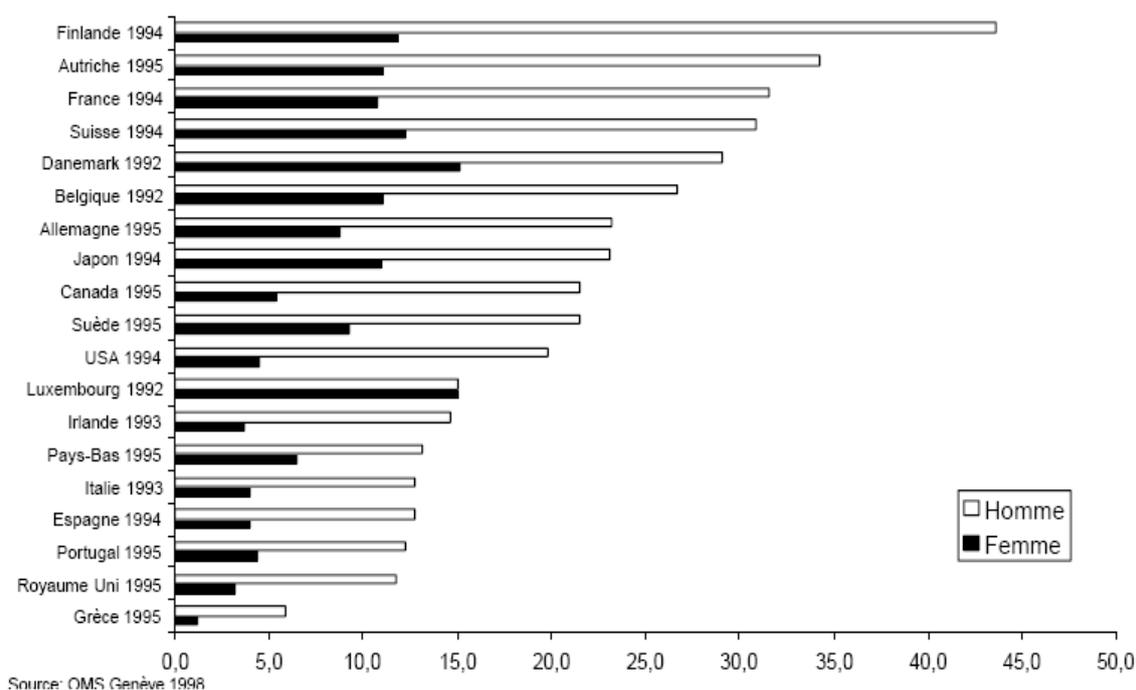
Une comparaison des taux de suicide dans différents pays montre que la France est particulièrement touchée par le suicide.

Par rapport à des pays de niveaux comparables, la France se caractérise par un taux très élevé de suicide chez les plus de 65 ans, en particulier chez les hommes. Parmi les pays européens, la France se classe en troisième position (juste après la Finlande et l'Autriche) pour le taux de suicide des hommes âgés de plus de 65 ans (figure 17)

Les taux de suicide féminin sont beaucoup plus bas : avec un taux de suicide chez les plus de 65 ans de 10,7 pour 100 000, la France se situe au huitième rang des pays de la Communauté européenne.

Ces différences s'expliquent en partie par une raréfaction de la cohabitation à trois générations en France alors que dans certains pays comme la Grèce, qui a un taux de suicide très bas chez ses aînés, cette pratique est encore très présente dans les zones rurales.

Figure 17 : Comparaison des taux de décès par suicide des plus de 65 ans pour 100 000 habitants dans plusieurs pays entre 1992 et 1995



14. En conclusion :

Le nombre absolu des suicides chez les plus de 75 ans n'est pas négligeable car il représente 15% de l'ensemble des suicides. Lorsque l'on rapporte le nombre de suicides des plus de 75 ans à la population de cette tranche d'âge on observe un taux de suicide extrêmement élevé (40/100 000 alors que la moyenne nationale toutes tranches d'âge confondu est autour de 20/100 000). Cependant, la part des suicides dans la mortalité générale chez les plus de 75 ans représente moins de 1% des causes de décès de cette tranche d'âge.

La « sursuicidité » masculine est encore beaucoup plus marquée chez les personnes de plus de 75 ans et leurs taux de réussite sont extrêmement importants.

Le mode de suicide varie beaucoup en fonction du sexe et de l'âge mais on constate que les modes de suicide des plus de 75 ans se caractérisent par la violence des moyens utilisés à savoir principalement la pendaison et les armes à feu.

Depuis une vingtaine d'années, le taux de suicide chez les personnes âgées de plus de 75 ans est nettement à la baisse.

Le statut matrimonial apparaît être un facteur prépondérant dans le suicide des plus de 75 ans notamment chez les hommes : le mariage apparaît être un facteur protecteur alors que le veuvage et le divorce apparaissent être des facteurs précipitants.

L'important taux de décès inexplicables chez les plus de 75 ans a certainement tendance à minorer toutes ces données sur le suicide de la personne âgée.

La situation en France, est assez préoccupante car elle se situe au deuxième rang en Europe pour son taux de suicide chez les hommes de plus de 65 ans.

II. INTERPRETATIONS DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGEE :

1. Définition du suicide et classification des conduites suicidaires :

Selon la Classification Internationale des Maladies, le suicide se définit comme « tout acte d'issue fatale posé volontairement dans l'intention de se donner la mort »

DURKHEIM définit le suicide comme « un cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte accompli par la victime elle-même et qu'elle savait produire ce résultat »

Ces définitions considèrent ainsi le suicide comme la recherche consciente de se donner la mort. Pourtant il existe de nombreuses conduites qui peuvent aboutir à la mort sans que l'individu en ait réellement conscience. Il serait ainsi très schématique d'exclure du champ du suicide, surtout dans le cas du suicide de la personne âgée, tous les actes inconscients qui conduisent à précipiter la mort de l'individu.

Il existe plusieurs types de classification des suicides chez le sujet âgé mais depuis les années 1970, la suicidologie moderne propose d'envisager les conduites suicidaires en deux catégories à savoir : [9]

- les conduites suicidaires directes ou conscientes (suicide et tentative de suicide)
- les conduites suicidaires indirectes, inconscientes ou préconscientes correspondant aux équivalents suicidaires

1.1. Les conduites suicidaires conscientes : interrogation sur le suicide rationnel ou philosophique.

Les conduites suicidaires conscientes correspondent aux suicides et tentatives de suicide qui mettent clairement en jeu la vie du sujet.

Parmi ces suicides conscients, certains évoquent l'existence d'un suicide « rationnel », « philosophique » ou bien encore « euthanasique ». Le suicide chez la personne âgée peut survenir dans un contexte de refus de la déchéance par l'aggravation d'une maladie d'où l'emploi du terme suicide euthanasique. C'est ainsi que des personnes célèbres comme l'écrivain MONTHERLANT ont revendiqué tout au long de leur vie, le droit de faire le choix de son existence et de faire de la mort « un acte de sa seule volonté ». Ainsi, devenu aveugle et voulant que sa mort soit libre, MONTHERLANT se suicide à l'âge de 78 ans. On peut également citer le

suicide de la mère de l'ancien premier ministre, Mireille JOSPIN, qui s'est suicidée à 92 ans en expliquant son geste.

Ce geste suicidaire peut parfois être commis en couple : l'homme politique français Paul LAFARGUE s'est suicidé à plus de soixante dix ans avec sa femme en justifiant son geste dans une lettre : « *Sain de corps et d'esprit, je me tue avant que l'impitoyable vieillesse qui m'enlève un à un les plaisirs et les joies de l'existence et qui me dépouille de mes forces physiques et intellectuelles ne paralyse mon énergie, ne brise ma volonté et ne fasse de moi une charge à moi et aux autres* ».

Plus près de nous, on peut citer le suicide en couple de l'ancien ministre Roger QUILLOT et de sa femme. Cette dernière en réchappera seule mais elle récidivera 7 ans plus tard en se noyant.

Envisager la possibilité d'un suicide rationnel, c'est envisager une certaine liberté offerte à l'homme de reposer sa décision sur un jugement réfléchi de la situation.

Selon FERREY [29], « il existerait dans le défi suicidaire du sujet âgé un jugement rationnel porté sur sa fin de vie pesant le tolérable et l'intolérable ». Ainsi, le suicide de la personne âgée pourrait être envisagée comme un refus de tolérer ce qui est perçu comme intolérable pour le sujet au vu de ce qu'il a déjà vécu. Quand la personne âgée ne peut envisager son avenir autrement qu'au travers de la souffrance et de la déchéance, il peut alors apparaître pour celle-ci concevable voire même « raisonnable » de mettre fin à sa vie. Ce désir de mort s'expliquerait donc par la mort du désir.

Selon MONTHERLANT « on se suicide par respect pour la raison, quand l'âge ou la maladie enténébrent la vôtre, et qu'y a-t-il de plus honorable que ce respect de la raison ? On se suicide par respect pour la vie, quand votre vie a cessé d'être digne de vous, et qu'y a-t-il de plus honorable que ce respect de la vie ? » Ainsi, la conception du suicide rationnel est basée sur une liberté de choix.

WERTH [72] indique qu'un suicide peut être qualifié de rationnel s'il répond à certains critères. La personne doit présenter une condition désespérée, comme une maladie en phase terminale avec des douleurs intolérables, et elle doit prendre sa décision en toute liberté et de façon éclairée c'est-à-dire de manière non impulsive en tenant compte de toutes les alternatives pouvant être proposées par les professionnels de la santé.

Mais selon CONWELL [21], cette notion de décision éclairée sous entend que l'on peut distinguer aisément une personne âgée atteinte d'une dépression clinique dont le désespoir et les idéations suicidaires constituent des symptômes curables, de la personne âgée qui choisit de façon rationnelle de s'enlever la vie. Or cette distinction est très difficile à faire, et on pourrait facilement penser qu'une personne âgée suicidaire choisisse d'abrégé sa vie de façon éclairée

alors que ses idéations suicidaires ne sont que les symptômes d'une dépression potentiellement curable.

On peut également s'interroger sur la réalité de la liberté de choix lorsque le sujet est obnubilé par l'unique objectif de se donner la mort du fait qu'aucune autre alternative ne lui vienne à l'esprit. Le suicide n'apparaît donc plus comme un choix mais plutôt comme un « non choix » qui s'impose à l'individu.

Ainsi, selon TERRA [66] « par le biais du suicide, l'individu ne recherche pas nécessairement la mort, mais une manière de mettre fin à la souffrance qui a atteint un seuil insupportable. Pour l'individu qui croit avoir épuisé toutes ses ressources, le recours au suicide peut sembler la seule solution à une douleur devenue accablante. En fait, ce n'est pas que le suicide soit réellement la seule solution qui lui reste, mais probablement la seule que l'individu en souffrance perçoit »

D'autre part, THOMAS [70] note qu'il s'agit d'une particularité des conduites suicidaires du sujet âgé de pouvoir être envisagées par autrui comme étant rationnelles ou philosophiques. Effectivement, personne n'envisagerait de qualifier de rationnel le suicide d'un adolescent. Ce concept de suicide rationnel de la personne âgée est légitimé par notre société moderne qui mise sur la jeunesse, la force, le travail et la beauté. Le suicide du sujet âgé est souvent perçu comme une solution envisageable au regard de ce que la vieillesse semble susceptible de réserver. Ainsi, il n'est pas rare d'associer les termes de courage, de liberté, de fierté pour qualifier le suicide d'une personne âgée. De tels qualificatifs rendent ce geste acceptable pour la population générale mais aussi et surtout pour les personnes âgées elles-mêmes. On pourrait même concevoir dans cette logique que le fait qu'une personne âgée fasse le choix de vivre et d'accepter sa diminution physique et parfois psychique soit qualifié d'un manque de courage par peur de se donner elle-même la mort. Cette attitude culturelle qui perçoit le suicide des personnes âgées comme étant un choix potentiellement justifié, voire rationnel, peut avoir des répercussions terribles auprès des personnes âgées souffrantes en les encourageant à passer à l'acte.

Selon SEIGEL et TUCKEL [64] « le problème de ceux qui défendent le suicide rationnel est justement de considérer ce problème seulement sous le plan de la raison. La réalité du suicide se situe sur différents plans dont, entre autres, le plan émotif, psychologique, et a des répercussions sur l'entourage de la personne suicidée. »

1.2. Les conduites suicidaires inconscientes ou équivalents suicidaires.

Les conduites suicidaires inconscientes concernent les conduites suicidaires dont la signification est beaucoup plus ambiguë dans la mesure où « l'aspect suicidaire de la conduite n'est ni évident, ni manifesté de façon claire, à la fois pour le sujet lui-même et pour l'entourage » [9]

Il s'agit donc d'un comportement qui met en jeu la vie d'un individu chez lequel le désir de mort n'est pas exprimé. Mais cette définition est trop large car certaines conduites comme un accident médicamenteux chez un individu confus ou dément ou un refus d'alimentation lié à un trouble de la déglutition répondent à cette définition sans correspondre pour autant à un équivalent suicidaire. [9]

BAILLET [9] définit alors l'équivalent suicidaire comme « une conduite répétitive qui se situerait au niveau du risque connu et encouru où le flirt avec la mort permettrait à l'individu de diminuer son anxiété et finalement renoncer au suicide »

1.2.1. Le syndrome de glissement. [10] [24] [51] [52]

Le terme de syndrome de glissement est employé depuis 1956 suite aux travaux de thèse de J. CARRIE. Ce terme de syndrome de glissement a connu une évolution et une précision dans sa définition même si celle-ci ne correspond encore à aucun consensus et n'est qu'une réalité francophone.

Selon DELOMIER [24], le syndrome de glissement correspond, chez la personne âgée, à une perte de l'élan vital avec une décompensation rapide de l'état général faisant suite, après un intervalle libre, à une affection physique aiguë (chute avec immobilisation au sol, épisodes infectieux, intervention chirurgicale) ou à un choc psychologique (deuil, admission dans une structure).

Ainsi le syndrome de glissement s'installe en trois temps : un facteur déclenchant de nature somatique ou psychologique, puis un intervalle libre durant lequel l'évènement initial semble guéri ou stabilisé puis une aggravation brutale dans un délai qui ne semble pas excéder un mois.

C'est un tableau de désinvestissement massif et total du monde extérieur, avec repli sur soi.

Il associe une symptomatologie somatique et psychique. La symptomatologie somatique est dominée par une asthénie avec adynamie et refus alimentaire conduisant rapidement à une

déshydratation, un amaigrissement et un syndrome confusionnel. On note une réduction importante de l'activité locomotrice avec une astasie-abasie. On retrouve également fréquemment des troubles sphinctériens urinaires et rectaux. C'est à travers la lente dégradation du corps que s'exprime cette conduite suicidaire.

La symptomatologie psychique se caractérise par une inaffectivité apparente, une athymormie, un mutisme, un grand désintérêt de soi avec des actes d'opposition voire d'hétéroagressivité. Il n'y a généralement pas de tristesse ou de souffrance clairement exprimées. Ce tableau donne une impression globale de renoncement à continuer à vivre.

Pour parler de syndrome de glissement l'affection déclenchante doit être guérie ou stabilisée et il ne doit pas exister de maladie sous-jacente pouvant expliquer ce tableau clinique.

La difficulté du diagnostic d'un syndrome de glissement réside donc dans le fait de rattacher cette symptomatologie somatique et psychique à un renoncement à la vie et non à une pathologie organique (infectieuse, tumorale, dégénérative, vasculaire, métabolique ou traumatique) ou iatrogénique. Ainsi pour confirmer le diagnostic de « syndrome de glissement essentiel » [52] il faut rechercher et éliminer une pathologie organique ou iatrogénique.

Ce syndrome de glissement survient généralement chez des patients très âgés (plus de 80 ans) déjà fragilisés physiquement (polypathologique) et psychologiquement (manque de support familial, isolement social). On ne retrouve pas de prévalence de sexe.

Il s'agit d'un syndrome au pronostic redoutable car il conduit au décès dans 50% des cas en moins de un mois et seulement 10% de survivants à un an.

Ce syndrome de glissement peut être interprété comme une confrontation à la mort comme le souligne WOLMARK [73] mais il peut également être perçu comme le suicide de la personne âgée qui n'a plus les moyens physiques de le réaliser.

MONFORT [52] considère plutôt ce syndrome comme « un renoncement prématuré aux efforts qui permettent d'assurer la survie » que comme une recherche consciente ou non de la mort.

1.2.2. Le syndrome de désadaptation psychomotrice. [46] [49]

Le syndrome de désadaptation psychomotrice a été décrit pour la 1^{ère} fois en 1986 par l'équipe du Pr GAUDET mais sous l'appellation « syndrome de régression psychomotrice ».

Les progrès récents en physiopathologie ont montré le rôle prépondérant des dysfonctionnements sous-cortico-frontaux dans l'émergence de ce syndrome ce qui a conduit à renommer ce syndrome.

Le syndrome de désadaptation psychomotrice associe des troubles posturaux, des troubles de la marche, des troubles neurologiques et des troubles psycho-comportementaux. Le début est souvent brutal et il n'y a pas d'intervalle libre contrairement à ce que l'on observe dans le syndrome de glissement.

Le syndrome de désadaptation psychomotrice survient souvent après une chute avec séjour prolongé au sol (dans ce cas on parle de post fall syndrom) ou un choc affectif (perte d'un proche, changements brutaux de mode de vie)

-Les troubles posturaux se caractérisent en position assise par une attitude rigide, le buste en arrière, le bassin en antépulsion. Le maintien au fauteuil est difficile car le patient glisse. La station debout est difficile caractérisée par un élargissement du polygone de sustentation et par une forte rétropulsion entraînant un déséquilibre et un risque de chute en arrière. Le patient ne peut se pencher en avant par phobie du vide.

-La marche s'effectue à petits pas glissés, genoux fléchis, sans déroulement du pied au sol et à la limite de la chute en arrière. L'appui unipodal est impossible et on constate un « freezing » au démarrage, au demi-tour ou devant un obstacle.

-Les troubles neurologiques se caractérisent par une akinésie à prédominance axiale, une importante hypertonie oppositionnelle réactionnelle à toute mobilisation passive et une diminution ou une disparition des réactions d'adaptation posturale et para-chutes. Il est important de souligner qu'il n'existe aucun signe neurologique déficitaire de type pyramidal, extrapyramidal, cérébello-vestibulaire ni de syndrome frontal.

-Les troubles psycho-comportementaux se caractérisent par une diminution de la capacité d'initiative, une adynamie et une bradyphrénie. Le passage à la verticalité permet de mettre en évidence une anxiété majeure responsable d'une inhibition psychomotrice intense. On ne retrouve pas de signes dépressifs francs.

Ce syndrome peut s'expliquer d'un point de vue psychopathologique par un dépassement du processus d'adaptation face à une situation pathologique. Ce dépassement des capacités d'adaptation est responsable d'une réactivation des conflits archaïques latents, elle-même génératrice d'angoisses excessives.

D'un point de vue physiopathologique, certains auteurs considèrent ce syndrome comme une décompensation des fonctions motrices et de postures liée à dysfonctionnement sous cortical caractérisée par une altération des fibres nerveuses périventriculaires en rapport avec une atteinte vasculaire chronique de type ischémique. [49]

1.2.3. Le syndrome de désinvestissement [60] ou de refus [29] : La place du syndrome de Diogène ?

Il correspond à l'attitude dangereuse qui consiste à ne plus accomplir les efforts nécessaires pour se maintenir en vie. FERREY [29] y rattache le refus de manger ou de boire, le refus de contact et l'isolement, le refus de traitement et de soins et, pour certains auteurs, un tableau clinique particulier, appelé syndrome de Diogène. [30] [34] [42]

Le syndrome de Diogène a été décrit en 1975 par CLARK et MANKIKAR pour caractériser chez la personne âgée, un trouble du comportement associant une négligence extrême de l'hygiène corporelle et domestique ainsi qu'une sylogomanie c'est-à-dire une accumulation d'objets hétéroclites qui conduisent à des conditions de vie insalubres.

CLARK retient d'autres critères diagnostiques à ce syndrome comme l'isolement social, le déni de la réalité et l'absence de honte relative aux conditions de vie, le refus de toute aide vécue comme intrusive, une personnalité prémorbide (méfiante) et la présence chez plus de la moitié des sujets de troubles psychiatriques mais sans altérations cognitives.

Il est important de souligner que ce comportement n'a aucune relation avec des problèmes financiers car les études montrent que ce syndrome touche davantage les classes favorisées.

Cette terminologie fait référence au célèbre philosophe grec du IV^{ème} siècle avant J.C., Diogène de Sinope, chef de file des cyniques et disciple de Socrate. Diogène méprisait les conventions sociales et exprimait son dédain pour l'humanité.

Il s'agit d'un trouble rare pour lequel les études font état d'une incidence annuelle de 5 pour 10 000 personnes âgées de plus de 60 ans.

Le syndrome de Diogène présente différentes hypothèses concernant son étiopathogénie et aucun consensus n'existe.

Actuellement, il existe trois grands courants :

- la première hypothèse étiopathogénique rattache le syndrome à une pathologie de nature psychiatrique comme la psychose (syndrome délirant paranoïaque, psychose hallucinatoire chronique ou schizophrénie), la dépression ou encore le trouble obsessionnel compulsif. Le syndrome de Diogène peut ainsi être perçu comme un équivalent dépressif voire même suicidaire car ce tableau clinique de désinvestissement massif peut faire penser à un renoncement à la vie. On constate par ailleurs une importante mortalité à 5 ans dans ce syndrome car celle-ci est estimée à 45% [39]. Mais certains auteurs comme FERREY [30] contestent cette origine dépressive car ceux-ci perçoivent le syndrome de Diogène comme « un état d'équilibre entre les perturbations comportementales et l'adaptabilité aux conditions de vie » or « les syndromes dépressifs graves se traduisent par un état d'apragmatisme, d'asthénie profonde et de renoncement à la vie qui font abandonner au sujet âgé toutes les conduites adaptées nécessaires à la vie quotidienne ».

-Le deuxième courant rattache ce syndrome à une pathologie organique de type démentielle et en particulier à une démence de type fronto-temporale débutante ou d'intensité moyenne d'origine neurodégénérative, vasculaire, éthylique ou tumorale .[30]

-Enfin, la dernière hypothèse étiopathogénique rattache le syndrome de Diogène à un libre choix de mode de vie et d'expression, à l'image de Diogène. Selon FERREY [30] ces cas de « syndrome de Diogène pur » surviendraient chez des individus présentant des troubles caractériels qui peuvent apparaître dans « le 3^{ème} âge du fait d'une solitude et d'un isolement social persistants ».

1.2.4. Les conduites addictives tardives et massives.

On distingue principalement deux types de conduites addictives chez la personne âgée, à savoir l'alcoolisme et l'abus médicamenteux.

Comme le souligne BOIFFIN [12], l'alcoolisme de la personne âgée reflète un mal de vivre et il est source de difficultés en cascade contribuant à accélérer la déchéance physique et psychique de la personne âgée. L'alcoolisme favorise le rejet et accentue ainsi le vide autour de sa victime pour conduire à une certaine forme de mort sociale précipitant la mort physique.

Cet aspect autodestructeur de l'alcoolisme le place ainsi parmi les équivalents suicidaires.

De plus, selon DAVIDSON et PHILIPPE l'alcoolisme favoriserait le passage à l'acte en inhibant les défenses physiques devant la mort.

Les abus médicamenteux sont également fréquemment rencontrés chez les personnes âgées. Il s'agit principalement de médicaments de type psychotropes. Il est difficile de savoir si ces abus ont une valeur suicidaire ou si au contraire ils correspondent à un usage d'anxiolyse par peur de la mort.

1.2.5. La démence.

Aujourd'hui, même si personne ne réfute l'organicité de certaines démences comme la démence d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy, les démences fronto-temporales et les démences secondaires, certains psychiatres évoquent toujours l'hypothèse que certaines démences pourraient être un moyen de « mourir socialement en continuant de vivre biologiquement tout en évitant une représentation psychique de la mort » [44]

Selon BILLE [11], « à défaut de se donner la mort, la personne se donne alors une mort sociale et relationnelle dans une forme de désorientation, de démence, de glissement qui la conduira inmanquablement à la mort ».

TESSIER [67] expliquerait la survenue de ces démences par le fait que le désinvestissement du sujet âgé entraînerait une baisse fonctionnelle des performances intellectuelles et le non-emploi durable d'une fonction viendrait altérer son niveau de performance.

Selon FERREY [29] on peut parfaitement voir dans la démence « un manque de goût à vivre, une régression des intérêts antérieurs et donc une volonté de retrait de la vie vers la mort ».

2. Les explications à dominantes biomédicales :

2.1. Interprétation des effets de l'âge sur les taux de suicides :

CHAUVEL [17] souligne qu'une des théories les plus fréquentes pour expliquer les effets de l'âge sur le suicide est qu'il faut considérer l'âge, ou plus exactement la jeunesse, comme un capital temps. Or ce capital temps, c'est-à-dire cette « quantité d'existence » qui est fonction de notre espérance de vie, diminue progressivement au fur et à mesure que l'on vieillit. On comprend ainsi aisément qu'un adolescent qui se suicide ne sacrifie pas la même « quantité d'existence » qu'une personne âgée. Ainsi, l'augmentation des taux de suicide avec l'âge pourrait être expliquée par le fait que plus on vieillit et plus le sacrifice de sa quantité d'existence est faible et peut donc apparaître acceptable. Cette théorie explique également que le suicide des personnes âgées peut être communément perçu comme un acte raisonnable.

Cependant, CHAUVEL [17] remet en question cette théorie du sacrifice de capital de vie résiduel. Effectivement, jusque dans les années 1970, cette hypothèse était confortée par les données épidémiologiques, mais depuis une vingtaine d'année on note une diminution des taux de suicide entre 55 et 65 ans. Ainsi, les quadragénaires se suicident actuellement plus que les sexagénaires. Cette théorie est alors trop simple pour expliquer à elle seule les effets de l'âge sur le taux de suicide. En réalité, pour comprendre les effets de l'âge sur le taux de suicide, il faut tenir compte des effets de la génération et de la période.

2.2. Les troubles psychiatriques :

Selon THOMAS [71], plus de 90% des sujets décédés par suicide souffraient d'un trouble psychiatrique majeur. Ainsi, il considère que moins de 10% des suicides peuvent éventuellement être attribués à un réel choix de la part du sujet et correspondre ainsi à la définition du suicide philosophique.

2.2.1. La dépression : [13] [19] [23] [39] [41] [50] [56]

Parmi les troubles psychiatriques, la dépression est sans aucun doute le facteur de risque suicidaire le plus fréquemment rencontré chez la personne âgée.

Selon DE LEO [23], 80% des gestes suicidaires de la personne âgée surviendraient dans un contexte de pathologie dépressive et selon FREMOND [31], un déprimé âgé sur deux aurait des idées suicidaires.

Selon différentes enquêtes, la prévalence de la dépression de la personne âgée est de 10 à 15% en population générale [43], 30 % en institution gériatrique [33] et 44% en maison de retraite [37].

On estime aujourd'hui que 60 à 70% des syndromes dépressifs des sujets âgés sont négligés, méconnus ou mal pris en charge. Ceci s'explique par le fait que l'entourage et les soignants considèrent souvent que la tristesse, les insomnies et le ralentissement sont inévitables au cours de la vieillesse et qu'ils ne traduisent que le vieillissement normal de l'individu. Ainsi, les signes dépressifs de la personne âgée sont souvent banalisés et faussement attribués à l'âge.

D'autre part, ce sous-diagnostic s'explique par le fait que la dépression du sujet âgé est souvent masquée par une symptomatologie moins évidente et très différente de la symptomatologie dépressive de l'adulte plus jeune. La « dépression masquée » [19] de la personne âgée se caractérise par la prédominance des plaintes somatiques algiques ou fonctionnelles, par le repli et l'isolement, par un vécu de solitude intense et par des troubles du comportement de type caractériel, délirant ou confusionnel. La douleur morale, qui est un des symptômes cardinaux de la dépression, n'est pas souvent exprimée par la personne âgée dépressive.

En fonction de la prédominance d'un symptôme, on distingue ainsi différentes formes de dépressions chez la personne âgée.

- la dépression à forme somatique :

Les manifestations somatiques sont alors au premier plan. Il s'agit préférentiellement de symptômes à type d'anorexie, d'asthénie et d'amaigrissement qui peuvent orienter préférentiellement le diagnostic vers une pathologie organique grave. Il faut bien différencier cette « dépression masquée », de la « dépression masquante », qui correspond au problème inverse de la pathologie organique responsable de manifestations dépressives.

- la dépression à forme hypochondriaque :

L'hypochondrie, c'est-à-dire la préoccupation anxieuse de son fonctionnement corporel, peut également s'observer au cours d'une dépression, et ceci notamment dans la dépression de la personne âgée. Selon THOMAS [70] [71] « devant une symptomatologie hypochondriaque, la dépression est pratiquement toujours présente chez le sujet âgé ».

- la dépression à forme délirante : la mélancolie délirante :

Les thématiques de dévalorisation, de culpabilité voire de ruine sont alors prépondérantes dans le tableau clinique de dépression. On retrouve souvent des mécanismes de type hallucinatoire et interprétatif. On peut retrouver des thèmes d'immortalité et de négation d'organe réalisant le syndrome de COTARD.

- la dépression à forme hostile :

Dans cette forme clinique, l'expression colérique, l'irritabilité et les troubles caractériels sont prédominants. Les personnes âgées sont hypersensibles et répondent alors aux stimuli par de l'agressivité.

- la dépression à forme anxieuse :

Selon BOIFFIN [13], l'association de l'anxiété et de la dépression est sans doute encore plus fréquente chez le sujet âgé que chez l'adulte jeune. L'anxiété peut alors donner une impression d'agitation qui peut effacer le ralentissement psychomoteur.

- la dépression à forme confusionnelle :

Dans cette forme de dépression, la bradypsychie du patient et l'imprécision de ses réponses peuvent parfois faire évoquer un syndrome confusionnel.

- la dépression à forme cognitive ou pseudo-démentielle :

La dépression du sujet âgé s'accompagne souvent d'une baisse cognitive et la démence s'accompagne elle-même souvent de mouvements dépressifs. On estime qu'environ 20% des dépressions du sujet âgé s'accompagnent de troubles cognitifs. Or, la dépression et la démence présente des similitudes au niveau comportemental (apragmatisme, ralentissement psychomoteur), cognitif (troubles mnésiques et difficultés de concentration) et affectif (perte des

intérêts) d'où l'utilisation des termes de dépression pseudo-déméntielle et de démence pseudo-dépressive. L'utilisation des critères de WELLS (annexe 9) permet d'aider à différencier une dépression pseudo-déméntielle d'une démence pseudo-dépressive. Cependant, il est parfois difficile de faire la part des choses entre ces deux pathologies, et souvent l'instauration d'un traitement antidépresseur d'épreuve représente le meilleur test diagnostique, bien qu'il ne soit pas totalement exclu que les antidépresseurs aient une action favorable sur la pathologie déméntielle.

- la dépression à forme conative :

Dans cette forme de dépression, la démotivation est la symptomatologie dominante. Il y a une perte du plaisir et un important sentiment d'inutilité à vivre.

Les dépressions de la personne âgée sont ainsi souvent « masquées », mais il existe aussi fréquemment chez cette population des « dépressions masquantes » qui selon PANCRAZI [56] correspondent à « l'expression psychiatrique dépressive d'une affection somatique ou d'une pathologie iatrogène »

Parmi les pathologies somatiques responsables de dépression, on retrouve les pathologies endocriniennes avec principalement les dysthyroidies, les pathologies neurologiques avec la dépression vasculaire, la maladie de Parkinson et les tumeurs cérébrales ainsi que certaines néoplasies profondes. [56]

Parmi les causes iatrogènes, il faut notamment penser aux neuroleptiques, aux antihypertenseurs centraux, aux inhibiteurs calciques, aux antihistaminiques, aux B-bloquants non sélectifs, aux corticoïdes, aux antiparkinsoniens... [56]

Les dépressions de loin les plus fréquentes chez la personnes âgées sont les dépressions psychogènes ou réactionnelles : elles traduisent le débordement des capacités de réaction de l'individu lors d'un événement douloureux majeur comme le décès d'un proche ou l'entrée en institution. Mais, il existe aussi, comme chez l'adulte d'âge moyen, des dépressions endogènes de type uni ou bipolaire.

Toutefois, la dépression n'explique pas à elle seule tous les cas de suicide de la personne âgée et un certain nombre de suicidés ne sont pas déprimés lors du passage à l'acte.

2.2.2. Les états anxieux aigus :

Les états anxieux aigus du sujet âgé peuvent également conduire à un passage à l'acte. Ce geste auto-agressif est destiné à exprimer la détresse du sujet en proie à une angoisse insoutenable qui trouve son origine dans la peur de l'abandon, de la solitude, de la maladie, voire même dans la peur de mourir.

2.2.3. Les troubles délirants :

Les troubles délirants sont également une cause non négligeable de suicide chez la personne âgée. Il s'agit souvent de délires hallucinatoires sensoriels anxiogènes, de thématique persécutive. Ainsi le passage à l'acte suicidaire peut avoir comme objectif d'échapper au persécuteur ou d'apaiser une culpabilité délirante [71]. De plus, ces troubles délirants s'accompagnent souvent d'épisodes dépressifs.

2.2.4. Les démences débutantes :

Au début de la maladie, les démences peuvent s'accompagner de conduites suicidaires. Ces conduites s'expliquent par la prise de conscience par le sujet de ses troubles cognitifs et par son angoisse liée à l'évolution de la maladie. La perspective d'une dégradation progressive des capacités psychiques entraîne une réaction dépressive à l'origine de la conduite suicidaire. D'autre part, au cours de l'évolution de la démence, il existe souvent des phases dépressives. Ainsi, la démence n'exclue pas la possibilité d'une dépression associée, mais il faut faire attention à ne pas passer à côté d'une dépression pseudo-démentielle. [70]

2.2.5. Les états confusionnels :

La confusion onirique de la personne âgée, qui peut être la conséquence de désordres hydroélectrolytiques, d'intoxication, d'infections ou de poussées évolutives d'une pathologie démentielle, constitue également un facteur de risque de suicide à caractère involontaire et pulsionnel.

2.2.6. Réactions caractérielles sur personnalité pathologique :

Enfin, certaines réactions caractérielles coléreuses disproportionnées survenant sur une personnalité souvent paranoïaque, violente et impulsive, peuvent également être responsables de passage à l'acte.

2.3. Les pathologies somatiques : la maladie, le handicap la douleur et l'effet de la chronicité.

Selon STENAGER [65], 30 à 50% des suicidants âgés présentent une maladie somatique de type neurologique, cardiovasculaire ou néoplasique.

La personne âgée arrive dans une période de sa vie où son corps s'affaiblit. La perte de certaines de ses capacités physiques et sensorielles la limite dans ses déplacements pour aller parfois jusqu'à l'obliger à rester confinée dans son domicile, ou pire la rendre grabataire.

De plus, des douleurs physiques et mentales multiples se surajoutent souvent à cette perte d'autonomie. C'est cet isolement et ce sentiment de dépendance qui aboutit souvent à un état dépressif. ANDRIAN [2] [3] souligne bien que ce n'est pas tant la sévérité de la maladie, du handicap ou de la douleur qui pousse la personne âgée au suicide mais plutôt l'effet de la chronicité de toute cette souffrance. Ainsi, c'est le plus souvent devant une pathologie somatique chronique de sévérité modérée mais qui a subi une aggravation récente que surviennent les idées suicidaires. Il arrive même que la personne âgée se suicide en prévention de cette dégradation physique et intellectuelle : c'est la peur de mourir vivant, c'est-à-dire par petits morceaux avec une lente déchéance physique et psychique [58] [59].

La relation entre suicide et maladies physiques graves est bien établie chez le sujet âgé et il n'est pas rare de constater un acte suicidaire au moment même de l'annonce du diagnostic ou parfois d'une rechute [22].

3. Les explications à dominantes psychopathologiques.

3.1. La taxinomie de PELICIER :

PELICIER [59] propose une taxinomie des suicides du sujet âgé en fonction de leur signification en précisant toutefois qu'aucune de ces catégories n'est exclusive et que bien souvent les conditions se trouvent mêlées.

Il distingue 4 types de suicide chez la personne âgée :

- Le suicide pour éviter de « mourir vivant ». Ce suicide recherche la délivrance par une mort brutale et rapide afin d'éviter la période de fin de vie qui peut être lente, dégradante et anxiogène. Le sujet se tue afin de se prémunir d'une déchéance physique et psychique qu'il juge inévitable. Il se prémunit ainsi d'une mort par « petits morceaux ».

- Le suicide de constatation : Ce suicide est le résultat de l'évaluation que fait la personne âgée de sa situation et de son environnement. Il s'agit d'une prise de conscience de son état qui fait penser que ce n'est plus la peine de continuer à vivre. Il s'agit souvent d'une impression de « permission de mourir ». On retrouve donc ici la notion de suicide rationnel.

- Le suicide d'effroi : ce suicide correspond à une réaction de fuite devant une situation de menace directe, ou raptus anxieux, par débordement des capacités de contrôle de l'individu. Cette forme de suicide n'est pas caractéristique de la personne âgée, mais ce qui est caractéristique, c'est le fait que ce raptus anxieux peut être déclenché par une situation relativement banale.

- Le suicide de deuil : ce suicide serait la conclusion du refus des deuils.

Il existe certainement d'autres significations du suicide de la personne âgée que celles mentionnées ici, mais, quelles qu'elles soient, elles traduisent toutes un échec dans le travail du vieillissement par l'échec de la restauration d'un narcissisme suffisant, par l'impossibilité

d'investir l'avenir et par l'impossibilité d'effectuer les deuils et les renoncements qu'exige le vieillissement.

3.2. La crise du vieillissement et l'échec du travail du vieillissement.

Pour de nombreux psychiatres comme LEGER [38] et BOIFFIN [12], le suicide de la personne âgée s'explique en grande partie par l'échec du travail de vieillissement qui s'impose dans les suites de la crise du vieillissement. La crise du vieillissement est une crise existentielle inévitable correspondant à un état de rupture et de changement de l'état d'équilibre antérieur. Cette rupture implique des remaniements et de nouveaux investissements adaptés aux nouvelles conditions créées.

En réalité, la crise du vieillissement ne consiste pas seulement en une crise mais en une accumulation de plusieurs crises secondaires à des pertes. Effectivement, la crise du vieillissement est à la fois une crise de l'identité sociale liée à la perte de sa profession par l'entrée en retraite, une crise affective liée à la perte de proches responsable parfois d'un isolement, une crise narcissique liée à la perte de certaines facultés corporelles et intellectuelles et enfin une crise du moi avec la perte de la vie annoncée.

Cette crise du vieillissement doit conduire à un travail de deuil de toutes ces pertes qui touchent comme on l'a vu le domaine social, affectif et narcissique. C'est seulement après l'accomplissement de cet indispensable travail de deuil que la personne âgée pourra réaliser de nouveaux investissements qui lui permettront de poursuivre sereinement sa vie.

La perte de l'identité sociale survient généralement avec le passage à la retraite. A la retraite, l'homme perd son statut social et il peut alors se sentir dépossédé d'une partie de la représentation qu'il a de lui et donc d'une partie de ce qu'il était et ceci à la mesure de son investissement, de sa personnalité et de son statut professionnel. Selon PELICIER [59] « dans une culture où l'identité se définit volontiers par la profession, la retraite est plus qu'une démobilisation, c'est une dépossession, à la limite de la dépersonnalisation ».

Avec la retraite, l'homme perd son statut de productif et renonce à l'image sociale que confère le travail à savoir une image de reconnaissance des autres et de soi même.

Avec le passage à la retraite, l'individu est donc confronté à une « crise identitaire » [11].

Le passage à la retraite est également responsable d'une perte de contacts socio-professionnels qui sont parfois les seules relations sociales de l'univers du sujet. Ceci ne fait qu'accroître l'isolement du sujet.

Les pertes affectives peuvent s'étaler tout au long de la vie, mais la vieillesse est sans conteste le moment où les pertes affectives sont les plus importantes. L'environnement du sujet âgé se dépeuple peu à peu. Ces pertes affectives correspondent aux décès d'amis, de parents ou même du conjoint, mais aussi à l'éloignement des enfants lié à des exigences professionnelles.

Le décès du conjoint est souvent vécu comme une mise à mort pour celui qui reste surtout si celui qui reste est l'homme. Effectivement, la femme a généralement mieux investi le lien intergénérationnel avec les enfants et les petits enfants ce qui lui permet de mieux supporter le veuvage.

La vieillesse est également le moment de la crise narcissique. Selon Freud, le narcissisme est l'investissement libidinal du moi et il trouve son origine dans les toutes premières relations avec la mère. Il est l'estime et l'amour que l'on a de soi. Le narcissisme est fonction de la représentation que l'on se fait de soi mais aussi de l'image que les autres nous en renvoient et on comprend ainsi pourquoi l'apparence corporelle joue un rôle prépondérant.

Or, avec la vieillesse le corps se modifie et s'affaiblit : il fait souffrir, il limite l'individu dans son autonomie et il ne séduit plus. Le narcissisme se voit alors dévalorisé par le propre regard de la personne âgée mais également par le regard de la société actuelle qui ne fait que dévaloriser la vieillesse au profit de la jeunesse et de la beauté.

Mais le vieillissement, même physiologique, ne touche pas que le corps il touche aussi la cognition. On observe ainsi, au cours de la vieillesse, une baisse de l'attention, de la rapidité mentale, de l'apprentissage mais aussi la mémoire.

En plus de cette atteinte corporelle et cognitive, la perte d'identité sociale ne fait qu'accroître la blessure du narcissisme.

La personne âgée devra donc, pour rester en vie, réaménager son narcissisme en acceptant de renoncer à une part de ce qu'elle a été.

Enfin la dernière crise auquel est confronté l'individu est la crise du Moi. Cette crise du Moi traduit la difficile nécessité pour l'individu d'accepter le deuil du Moi c'est-à-dire le deuil de sa vie.

Ainsi, le travail du vieillir consiste d'une part à reconnaître et accepter les modifications psychiques, physiques et sociales mais aussi à retrouver une estime de soi à travers un nouvel équilibre des investissements.

Selon PEDINIELLI [57] c'est dans les échecs du travail du vieillir qu'il faut rechercher les conditions possibles à l'acte suicidaire. Le vieillissement ne devrait pas seulement être pensé en terme de pertes mais aussi en terme de gains (transmission du savoir à ses descendants ...)

4. Les explications à dominantes sociologiques :

Les autopsies psychologiques, c'est-à-dire les analyses multidisciplinaires de l'histoire psychosociale du patient après sa mort, ont permis de mettre en avant plusieurs déterminants du suicide de la personne âgée.

4.1. Le passage à la retraite : dévalorisation sociale, perte d'identité et modification du rythme de vie et de l'équilibre conjugal

Comme on l'a déjà vu, le passage à la retraite est vécu par certaines personnes comme une dévalorisation sociale voire même une régression sociale à la frontière de la désocialisation.

Le retraité perd ses occupations professionnelles dans lesquelles il s'était totalement investi et il perd brutalement son statut de productif tant valorisé par les sociétés modernes.

Mais le passage à la retraite n'est pas seulement responsable d'une modification du statut social. Il est également à l'origine d'une perte d'identité. Selon MONTFORT [50] « Le travail nous donne une identité. C'est lui qui nous confère un rôle et un statut. C'est grâce à lui que nous sommes reconnus par les autres et en même temps reconnus comme utiles, c'est-à-dire avec le droit de vivre ».

Le passage à la retraite est aussi responsable de la disparition des horaires qui rythmaient la journée. Le sujet peut alors rapidement basculer dans la passivité s'il n'arrive pas à trouver une nouvelle source d'investissement.

D'autre part, avec la retraite, l'équilibre conjugal est modifié. Le couple vit ensemble toute la journée. Ainsi, bien souvent, l'homme se trouve dépossédé d'un certain pouvoir par sa femme car celle-ci a beaucoup plus investi son domicile. Ainsi, une réorganisation du rôle et des tâches de chacun au sein du domicile s'impose pour éviter que des conflits n'apparaissent.

4.2. La dépendance socio-économique.

Avec l'avancée en âge s'installe souvent une dépendance socio-économique car beaucoup de personnes âgées ne peuvent plus subvenir à leurs besoins. Le maintien à domicile ou la maison de retraite nécessitent une importante participation financière qui peut dilapider peu à peu leur patrimoine ou bien qui nécessitera une aide des enfants.

La personne âgée a alors souvent un sentiment de culpabilité d'être à la charge de ses enfants et a souvent honte de perdre une partie de son patrimoine, qu'elle ne pourra pas transmettre dans son intégralité. Ainsi, devant cette charge économique, certaines personnes peuvent faire le constat qu'il est inutile de continuer à vivre.

4.3. L'isolement et la solitude :

Le terme d'isolement fait référence aux conditions de vie de la personne : on parle d'isolement géographique, social, sentimental alors que la solitude est un vécu purement subjectif où la personne se sent seule.

Ces deux notions sont des facteurs essentiels pour comprendre le suicide en général, et celui des personnes âgées en particulier.

Effectivement selon PELICIER [58], de tous les facteurs évoqués, ce sont sans doute la solitude, l'isolement, l'abandon et le sentiment de ne plus être utile ou aimé qui jouent le rôle le plus important. Or, selon ANDRIAN [2] [3], à mesure que l'état de santé se dégrade avec l'avancé en âge, l'impression de solitude et d'abandon est plus durement ressentie, notamment chez les hommes.

Cet isolement s'accroît avec les deuils et notamment celui du conjoint mais aussi avec l'éloignement de plus en plus fréquent des enfants. Cet éloignement des enfants n'est pas qu'un éloignement géographique pour raisons professionnelles. C'est également un éloignement du lien intergénérationnel lié à une évolution du modèle familial et de la place de la personne âgée dans la famille.

Il est à noter que bien que les femmes soient plus nombreuses à vivre isolées du fait de la surmortalité masculine, elles semblent mieux s'adapter à ce type de situation que les hommes.

4.4. Le statut matrimonial et le veuvage.

Comme on l'a vu, le veuvage apparaît comme un des facteurs de risque suicidaire les plus importants chez la personne âgée et notamment chez les hommes. Selon THIERRY [68] [69] le risque le plus élevé se situerait au cours de la première année de veuvage et deviendrait de plus en plus rare lorsqu'on s'éloigne du décès.

L'homme semble ainsi plus difficilement supporter le veuvage que la femme. Selon ANDRIAN [2] [3], lorsqu'un homme perd sa femme, il perd plus qu'une épouse car il perd également une mère qui faisait face à la gestion du quotidien. Ainsi, en plus de la souffrance affective, l'homme se retrouve le plus souvent seul et désemparé à gérer sa propre vie.

D'autre part, le conjoint survivant se retrouve brutalement confronté à sa propre mort car la prochaine mort sera la sienne, et il sera seul pour l'appréhender. Le veuvage plonge le survivant dans l'isolement et rompt un lien relationnel et affectif.

4.5. L'institutionnalisation :

Selon BOIFFIN [13], l'institution est le lieu où se concentrent le maximum de facteurs dépressogènes car en plus des facteurs dépressogènes propres aux patients, il s'associe les facteurs dépressogènes propres au milieu institutionnel, à savoir le règlement et le fonctionnement répétitif.

Une étude menée par CASADEBAIG [14] montre clairement que les taux de suicide sont plus importants en maison de retraite qu'au domicile mais ceci n'est pas valable chez les deux sexes. Pour les hommes, les taux de suicide en maison de retraite sont du même ordre que les taux

enregistrés pour les personnes isolées vivant à domicile. Pour les femmes, la maison de retraite apparaît comme un risque spécifique en soi avec des taux de suicide qui se détachent nettement des taux des femmes vivant à domicile.

Effectivement, l'entrée en institution est responsable d'une profonde rupture dans le mode de vie du sujet âgé et ceci est un facteur de risque important de passage à l'acte.

Pour palier à ce risque de surmortalité par suicide en institution, certains établissements prennent des mesures sécuritaires parfois excessives à la limite de « la folie sécuritaire », comme la fermeture des fenêtres et des services. L'objectif réel de ces mesures sécuritaires est sans doute d'éviter la responsabilité institutionnelle car le suicide au sein de l'institution prend une dimension souvent culpabilisante. Mais, à vouloir empêcher la personne âgée de mourir, on finit par l'empêcher de vivre [63].

D'autre part, selon PRINGENT [61], les mesures de contrôle poussées à l'extrême pourraient « favoriser la pulsion mortifère qui ne se traduit pas forcément par un acte extérieur ». Ainsi, à chercher à diminuer à tout prix les chiffres du suicide en institution, pour éviter d'impliquer la responsabilité de l'établissement, ne conduirait t'on pas à augmenter encore plus la survenue d'équivalents suicidaires ?

4.6. La place de la personne âgée dans la société.

Notre société valorise la jeunesse, la santé, la beauté et la productivité ce qui réserve peu de rôles valorisants aux personnes âgées et leur enlève ainsi toute possibilité de satisfaction narcissique. Cette exclusion sociale conduit les personnes âgées à développer un sentiment d'inutilité sociale. Selon ANDRIAN [4] « la vieillesse n'a pas sa place dans cette société où la mort devient le symbole de l'échec. Le suicide des personnes âgées révèle le peu d'intérêt que suscite le grand âge et témoigne de la perte du sens du vieillissement dans nos sociétés »

En France, la cohabitation à trois générations n'est plus beaucoup pratiquée et la famille ne joue plus alors suffisamment son rôle de soutien aux aînés. On note donc une perte de la cohésion du réseau familial qui conduit la personne âgée à perdre son statut social.

D'autre part, notre société renvoie à ses aînés l'image d'une charge économique liée au problème des retraites et au poids des personnes âgées dans le déficit de la sécurité sociale.

PRINGENT [61] souligne que « l'entourage oublie que le vieillard à une place essentielle, structurelle dans le corps social. En l'oubliant, il comprend, admet et donc facilite son suicide ».

MONTFORT [53] explique ce comportement de la société envers ses aînés par le fait qu'il y a dans l'inconscient collectif un processus de dévaluation et de mésestime des plus âgés qui a comme objectif de se protéger face à notre propre angoisse de la mort.

III. PREVENTION DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGEE :

1. Les différents niveaux de prévention :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini trois niveaux de prévention :

La prévention primaire : elle se situe en amont de l'apparition d'une pathologie ou d'un phénomène indésirable et correspond à « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une pathologie dans une population, donc à réduire le risque de survenue de nouveaux cas ». Dans le domaine du suicide il s'agit donc des activités de sensibilisation, d'information et d'éducation en population générale ayant pour but de prévenir les conduites suicidaires.

La prévention secondaire : elle se situe à l'extrême début de la pathologie et correspond à « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une pathologie ou d'un traumatisme dans une population, donc à réduire le nombre de patients en réduisant la durée d'évolution ». Il s'agit donc du dépistage et du traitement précoce. Dans le domaine du suicide il s'agit du repérage des personnes à risque et de l'ensemble des mesures visant à réduire le passage à l'acte chez les personnes suicidaires comme la limitation de l'accès aux moyens létaux (limitation des armes à feu notamment). Il s'agit du repérage et de la prise en charge de la crise suicidaire.

La prévention tertiaire correspond à « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles ». Dans le domaine du suicide il s'agit de prévenir les récidives de tentative de suicide chez les suicidants (personne qui vient de faire une tentative de suicide et qui a survécu) et d'éviter les séquelles après une tentative de suicide.

Il existe également en matière de suicide une postvention c'est-à-dire une intervention et une prise en charge de la famille et des proches après la survenue d'un suicide. Cette postvention a pour but d'aider la famille et les proches à faire le deuil du suicidé mais également de prévenir le phénomène de contagion et d'imitation du suicide auprès de ces personnes vulnérables.

2. Les politiques de prévention du suicide de la personne âgée : [25]

[27]

2.1. Histoire de la prévention du suicide en France: le suicide, une priorité de santé récente :

La prévention du suicide en France est une préoccupation très récente en matière de santé publique et elle a mis de nombreuses années à être reconnue comme une véritable priorité.

Le point de départ de la mobilisation pour la prévention du suicide en France commence dans les années soixante avec la création de la téléphonie sociale comme « SOS amitié » (1961) qui sera même reconnu en 1967 d'utilité publique.

Puis ce sont, dans les années quatre-vingt, les associations des endeuillés qui se sont réunies pour témoigner, réfléchir sur leurs expériences et penser à des moyens d'action. La place des associations est longtemps restée prépondérante en matière de prévention du suicide face au retrait des pouvoirs publics sur ce sujet.

C'est au cours des années quatre-vingt- dix que trois rapports fondamentaux ont souligné l'importance de mettre en place des actions de prévention :

-En 1992, Le Conseil Economique et Social a sensibilisé les pouvoirs publics ainsi que l'opinion sur la question du suicide en soulignant le paradoxe selon lequel le suicide n'a jamais été déclaré comme grande cause de santé publique alors que ses effets sont bien plus dévastateurs que bien d'autres conduites pathologiques mises au premier plan par les pouvoirs publics et les médias.

-En 1994, le Haut Comité de Santé Publique classait le suicide au rang de priorité de santé.

-En 1996, la première Conférence Nationale de Santé retenait la prévention du suicide comme l'une des dix priorités nationales de santé publique.

Depuis 1997, une journée nationale pour la prévention du suicide est organisée chaque année.

2.2. Les mesures non spécifiques aux personnes âgées :

Le phénomène suicidaire chez la personne âgée a été longtemps occulté par les pouvoirs publics qui ont privilégié avant tout la prévention en faveur des jeunes.

Suite aux recommandations de l'OMS en 1989, plusieurs pays européens ont développé des programmes de prévention du suicide.

2.2.1. Le programme national de prévention du suicide (1998-2000)

C'est avec le programme national de prévention du suicide de 1998 que s'est concrétisée la volonté politique de lutter contre le suicide. Bernard Kouchner, alors secrétaire d'Etat à la Santé et à l'action Sociale, annonce en 1998 un programme national de prévention du suicide sur trois ans dont les objectifs sont :

- mieux connaître les données et les actions concernant la prévention du suicide au niveau national et international
- créer un espace de dialogue entre tous les acteurs concernés pour faciliter les échanges d'information
- mieux comprendre les mécanismes conduisant au suicide
- évaluer les actions mises en œuvre en matière de lutte contre le suicide, leur efficacité, leur pertinence afin de privilégier les actions les plus efficaces.

2.2.2. La stratégie française d'action face au suicide (2000-2005) [18]

Le secrétaire d'Etat à la Santé de l'époque, D. Gillot, lance en septembre 2000 un nouveau programme de prévention pour les années 2000-2005. Ce programme, mis en place par la Direction Générale de la Santé, avait quatre grands objectifs, à savoir :

- favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires en améliorant la formation des intervenants et le renforcement du soutien aux associations d'écoute des personnes en souffrance psychologique.
- diminuer l'accès aux moyens létaux mis en œuvre pour passer à l'acte notamment les armes à feu
- améliorer la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants. Dans cet objectif, il est réalisé des formations de formateurs sur la crise suicidaire à partir des conclusions de la Conférence de consensus, ANAES/ Fédération française de psychiatrie, d'octobre 2000 sur « la crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge ». Il s'agit de permettre, aux personnes susceptibles d'être confrontées au cours

de leur activité professionnelle ou bénévole à des personnes suicidaires, de repérer la crise suicidaire et de détenir des informations sur la conduite à tenir dans ce cadre.

- améliorer les connaissances épidémiologiques sur le suicide :

Un pôle d'observation du suicide a été mis en place à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) en novembre 2000. Ses objectifs sont notamment l'amélioration du recensement des tentatives de suicide et des suicides en population générale. En lien avec l'Institut National de Veille Sanitaire, ce pôle d'observation a un rôle d'alerte et de surveillance au plan régional.

Enfin, depuis 1998, dans le cadre du programme d'intérêt commun « santé mentale » DGS/Inserm, des études et recherches sont définies et réalisées dans ce domaine.

Le relais de ce programme de prévention a été assuré au niveau régional par la mise en place de Programmes Régionaux de santé dans dix régions : Bretagne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes.

2.3. Les mesures spécifiques aux personnes âgées :

2.3.1. Le rapport du conseil économique et social de 1993

L'amorce d'une réflexion autour de la prévention du suicide de la personne âgée a été mise en avant pour la première fois par le rapport du Conseil Economique et Social publié en 1993.

Ce rapport préconisait quatre grands axes de prévention à savoir :

- contribuer à renouer les liens sociaux entre les différentes classes d'âge
- lutter contre l'isolement et favoriser le maintien dans un cadre de vie habituelle
- améliorer les conditions d'accueil dans les établissements, notamment à travers l'écoute
- développer la formation gérontologique des intervenants auprès des personnes âgées

2.3.2. La conférence consensus « la crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge » d'octobre 2000. [20]

Cette conférence souligne les progrès à accomplir pour améliorer la prévention du suicide chez la personne âgée.

Elle recommande :

- d'améliorer la formation et l'information des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes, sur les aspects particuliers de la dépression, de la crise suicidaire et du suicide chez le sujet âgé.
- d'améliorer le dépistage et le diagnostic de la dépression en médecine générale, en psychiatrie, en hospitalisation et en institution gériatrique en proposant un large recours à des questionnaires simples comme le Mini-GDS
- d'encourager la réalisation d'études d'intervention visant à évaluer l'efficacité du dépistage de la dépression et de son traitement chez le sujet âgé suivant le modèle de Gotland.

Elle a marqué un tournant dans la prévention du suicide en servant de base à un vaste programme de formation pour améliorer la compétence des intervenants, professionnels et bénévoles, dans toutes les régions. Cette conférence de consensus a permis d'élaborer un système d'évaluation et d'intervention commun indispensable à un travail en réseau efficace.

3. Les axes de la prévention primaire du suicide de la personne âgée :

[25] [27]

3.1. La prévention de type médical :

3.1.1. Les aides médicales et paramédicales humaines :

Certains auteurs comme BOIFFIN [12] [13] et HANTOUCHE [32] soulignent le rôle déterminant du médecin généraliste dans la prévention du suicide des personnes âgées. Effectivement, le médecin généraliste est le mieux placé pour rechercher les facteurs de risque suicidaire, pour dépister et diagnostiquer la dépression chez ses patients âgés. Les études montrent qu'environ 60% à 70% des suicidants ont consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide et que 36% consultent dans la semaine précédant l'acte [20]. Ce constat est encore plus marqué chez les personnes âgées car en effet, certaines études montrent que 50% des sujets âgés ont consulté dans la semaine qui a précédé l'acte [23].

Mais le médecin généraliste se trouve confronté à des obstacles comme la consultation limitée dans le temps et un manque de formation sur le repérage de la crise suicidaire.

Le médecin généraliste ne doit pas être le seul concerné ; les auxiliaires médicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes ...) et les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) qui interviennent aussi auprès de la personne âgée, doivent être sensibilisés et formés à ce problème.

3.1.2. Améliorer le dépistage et la prise en charge de la dépression : Le modèle de Gotland.

La dépression constitue l'un des premiers facteurs de risque de suicide chez les personnes âgées. Ainsi, il apparaît clairement qu'un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge de la dépression des personnes âgées serait de nature à diminuer la survenue des idées suicidaires et donc des passages à l'acte [23]. Or la dépression du sujet âgé est souvent méconnue et difficile à diagnostiquer du fait qu'elle se traduit par une symptomatologie singulière très différente de la symptomatologie de la dépression de l'adulte d'âge moyen. Comme le souligne LEGER [38], au lieu de manifester des signes classiques comme la tristesse pathologique et le ralentissement, la personne âgée va exprimer son état dépressif à travers son corps sous la forme de douleurs ou de troubles caractériels ou comportementaux.

Il est donc important de sensibiliser et de former l'ensemble des professionnels de santé et des intervenants à domicile et en institution à l'identification des signes évocateurs d'un état dépressif.

L'expérience de Gotland, en Suède, est souvent citée en exemple de ce que l'on peut faire pour prévenir le suicide en agissant sur la formation du corps médical.

Gotland est une île suédoise qui avait dans les années 1980 un taux de suicide très élevé. Pour faire face à ce problème, au cours des années 1983 et 1984, tous les médecins généralistes de l'île ont suivi une formation accélérée concernant la dépression et le suicide. L'évaluation réalisée fin 1985 a montré que le nombre de suicides et de tentative de suicide a diminué d'environ deux tiers : le taux de suicides sur l'île est passé de 25/100 000 en 1982 à

7/100 000 en 1985. L'éventualité d'une diminution du taux de suicides indépendante du programme a été éliminée par la mise en parallèle avec les taux observés au plan national, qui avaient diminué, eux aussi, mais de façon beaucoup moins nette.

D'autre part, le nombre d'hospitalisations et d'arrêts maladie pour dépression a diminué d'environ 50 %.

La prescription d'antidépresseur a quand à elle augmentée de 52 % sur l'île pour une augmentation concomitante de 7 % en Suède. Pour les benzodiazépines, on a constaté une

diminution de 8 % sur l'île et une hausse de 4,5 % en Suède et pour les neuroleptiques une baisse de 23 % sur l'île et de 13 % en Suède.

En ce qui concerne le lithium et les hypnotiques, la comparaison n'était pas significative.

En outre, l'analyse du coût du programme montrait un bénéfice net pour l'économie nationale. Enfin, la bonne acceptation de la procédure par les généralistes était soulignée. Les auteurs du programme pouvaient donc conclure que ce type de programme était un succès.

Mais, en 1988, soit trois ans après la fin du programme, la prise en charge hospitalière des patients déprimés avait remonté au niveau national, ainsi que les taux de suicides. La prescription d'antidépresseurs s'était stabilisée au niveau de la Suède, la prescription des tranquillisants, sédatifs et hypnotiques avait diminué. RUTZ et al. en concluent que les effets de ce programme ont été strictement limités dans le temps à la durée du programme, ce qui leur permet d'affirmer à la fois que les effets étaient bien réels et non pas un simple reflet de la tendance nationale mais aussi que pour être efficaces sur le long terme, ces programmes de prévention doivent être répétés environ tous les deux ans.

Cette expérience montre donc l'efficacité en terme de morbidité et de mortalité d'une campagne de formation des médecins généralistes sur la qualité de la prise en charge des troubles dépressifs et sur la prévention du suicide.

Suite à cette étude, L'ANAES avait recommandé d'organiser en France une expérience de formation sur ce modèle mais cela n'a jamais été fait.

Mais la dépression n'est pas le seul facteur de risque médical du suicide. Le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque suicidaire comme les déficits sensoriels, la douleur et le handicap ont également un rôle primordial.

3.1.3. Développer les structures de psycho gériatrie :

Les unités de psycho gériatrie n'apparaissent pas suffisamment généralisées sur l'ensemble du territoire pour répondre à la demande.

MONTFORT [53] déplore que la psychiatrie de la personne âgée se centralise sur les personnes âgées ayant un état démentiel compliqué de troubles du comportement. Les unités de psycho gériatrie n'accordent pas encore assez de places pour les personnes âgées atteintes uniquement de troubles dépressifs. Ainsi, la pathologie dépressive de la personne âgée n'apparaît pas encore suffisamment prise en compte face à l'ampleur des troubles de type démentiel.

3.2. La prévention de type social :

3.2.1. Améliorer l'information et les conseils sur le maintien à domicile et les aides financières :

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sont des structures de proximité accueillant les personnes âgées et leur entourage. Elles ont pour objectifs d'informer, d'orienter et de faciliter les démarches pour accéder aux différents services proposés aux personnes âgées comme les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), l'amélioration de l'habitat (conseils et aides financières), la protection juridique (mise en place tutelle ou curatelle), le portage des repas, la téléalarme, l'information sur les maisons de retraite...

Ils travaillent en coordination avec les professionnels de santé et du secteur social, proche du lieu de vie de la personne âgée. Les CLIC de niveau 3 ont également pour mission de mettre en œuvre, de suivre et d'adapter les plans d'aide, de former sur les pratiques et de renforcer le soutien aux aidants.

3.2.2. Soutenir financièrement les personnes âgées dépendantes :

Il existe pour les personnes âgées de plus de 60 ans et ayant un certain niveau de dépendance une allocation en nature appelée Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui permet de rémunérer les aides au maintien à domicile.

3.2.3. Faciliter le maintien à domicile :

La politique de maintien à domicile doit être encouragée tant qu'elle répond à la fois à la volonté de la personne âgée et à des conditions de sécurité acceptable par tous.

Les aides au maintien à domicile ont pour but de favoriser l'autonomie des patients et d'éviter ou de retarder la rupture provoquée par l'institutionnalisation.

Il existe différentes aides pour faciliter le maintien à domicile.

Il existe tout d'abord des aides uniquement matérielles comme l'utilisation d'un lit médicalisé ou d'un fauteuil roulant. Ces aides nécessitent une prescription médicale pour l'attribution pendant un temps donné. Ces aides matérielles sont disponibles dans certaines pharmacies spécialisées mais il existe aussi un service de prêts à la caisse d'assurance maladie.

Le passage d'un ergothérapeute au domicile du patient permet également de réhabiliter le logement en l'adaptant aux handicaps de la personne âgée.

Le service de téléalarme est également une aide matérielle précieuse pour le maintien à domicile. Il existe aussi des aides à la fois matérielles et humaines comme les services d'aides ménagères, les services de garde à domicile et le portage des repas.

3.2.4. Lutter contre l'isolement :

Selon PELICIER [58], « tout ce qui combat l'isolement subi, le sentiment de solitude et la détresse du sujet âgé peut constituer une prophylaxie du suicide des personnes âgées ».

La prévention de l'isolement passe par la promotion de la poursuite des activités sociales comme les réseaux associatifs et les clubs du troisième âge. Ces réseaux permettent aux personnes âgées de rester ouvertes sur le monde et leur confèrent un sentiment d'utilité.

Les réseaux d'intervenants professionnels à domicile comme les services d'aides ménagères, les services d'infirmiers de soins à domicile et de portage de repas contribuent également à renforcer le lien social des personnes âgées. Selon NIZARD [54], le développement de l'action sociale en faveur de la personne âgée et notamment l'aide à domicile a contribué à une baisse très significative des taux de suicide et ceci principalement chez les hommes de plus de 75 ans.

D'autre part, le développement des systèmes de téléphonie sociale, comme les services d'écoute 24h/24 et des services d'appels réguliers au domicile des personnes, ainsi que des lieux d'écoute spécifiques à la personne âgée contribueraient à rompre cet isolement social.

3.2.5. Aider au travail à vieillir et restaurer l'image du Moi :

Comme nous l'avons vu, bien vieillir nécessite la réalisation d'un travail qui consiste à accepter des pertes multiples et les compenser en réinvestissant d'autres projets. On peut imaginer qu'une information permettant de comprendre les évolutions et les mutations qu'implique le grand âge pourrait préparer les individus à la réalité de leur futur vieillissement.

L'aide au travail à vieillir trouve également sa place dans la préparation au passage à la retraite : il est primordial d'inciter les jeunes retraités à poursuivre une activité sociale afin de prévenir l'apparition du sentiment d'inutilité.

3.2.6. Préparer l'entrée en institution et promouvoir un véritable projet de vie pour chaque résident :

Il est essentiel de préparer l'entrée en institution afin de permettre à la personne âgée de faire le deuil de son mode de vie précédent et d'accroître ainsi ses capacités d'adaptation à ce nouveau lieu de vie.

La préparation à l'entrée en institution commence par la visite de l'établissement. Pour cela, il faut une certaine anticipation de ce projet, mais l'on constate que bien souvent l'institutionnalisation se fait dans la précipitation. Effectivement, la demande d'entrée dans un établissement se fait souvent en urgence par la famille ou par le médecin dans les suites d'une hospitalisation ou d'un problème de maintien à domicile.

Le développement de l'accueil temporaire préalablement à l'entrée définitive est également un bon moyen de préparer progressivement l'institutionnalisation.

L'établissement doit promouvoir un projet de vie personnalisé pour chaque résident avec l'aide d'un soignant référent. Ce projet de vie doit tenir compte de l'histoire du patient et de ses habitudes de vie et doit être soutenu par une véritable politique d'animation et d'activités permettant de renforcer le sentiment d'utilité des patients.

Certaines mesures comme l'acceptation d'animaux domestiques et la possibilité de meubler et décorer la chambre selon ses propres goûts sont également des mesures permettant aux patients de mieux investir leur environnement.

IV. EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE DE LA PERSONNE AGÉE EN MEDECINE GENERALE : ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE ATLANTIQUE ET DE VENDEE.

1. Présentation de l'enquête :

Objectifs

Cette enquête a trois grands objectifs :

- Evaluer le dépistage et la prise en charge de la dépression de la personne âgée par les médecins généralistes.

- Evaluer si les recommandations de la conférence de consensus sur la crise suicidaire d'octobre 2000 sont bien appliquées par les médecins généralistes dans l'évaluation du potentiel suicidaire de la personne âgée.

- Evaluer le niveau de formation et la demande de formation des médecins généralistes sur la crise suicidaire.

Méthode et matériel

Cette enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire (annexe 1) adressé à 70 médecins généralistes exerçant en libéral dans les départements de Loire Atlantique et de Vendée ainsi qu'à deux associations de Formation Médicale Continue.

Dans cette étude, le choix de la limite d'âge pour définir la personne âgée a été difficile à fixer. Selon l' Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la personne âgée est une personne de plus de 65 ans, âge moyen de départ à la retraite.

Mais, selon MICHEL [47] « La spécificité de la personne âgée n'offre pas de contour bien net: il y a autant de personnes âgées différentes que d'individus différents. Les degrés de dépendance

physique et psychique induisent l'hétérogénéité des personnes âgées, l'hétérogénéité de leurs besoins et l'hétérogénéité de la prise en charge nécessaire »

Les gériatres retiennent souvent pour qualifier le grand âge le seuil de 75-80 ans, car celui-ci correspond au seuil d'âge à partir duquel les différentes maladies combinées provoquent une certaine dépendance.

L'âge de 75 ans sera donc le seuil retenu pour définir la personne âgée dans cette étude.

2. Résultats et analyse de l'enquête :

Nombre de réponses au questionnaire et profil des médecins enquêtés

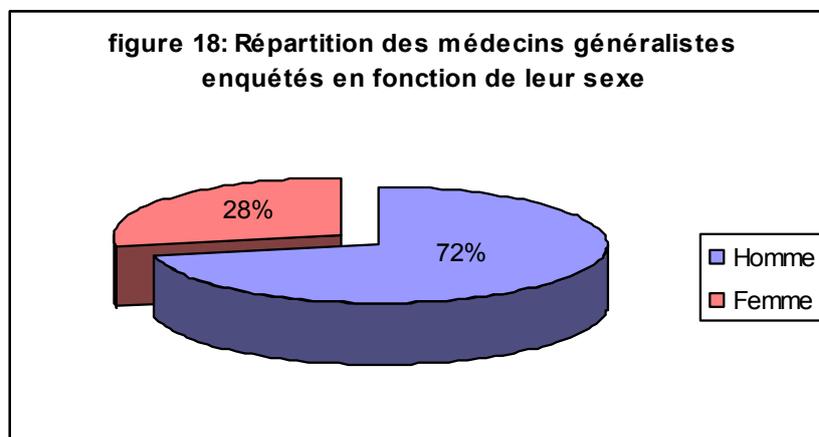
Nous avons obtenu 56 réponses au questionnaire.

Il est intéressant de savoir si le profil des 56 médecins généralistes enquêtés correspond au profil de la population de médecins généralistes actuellement observée en France.

Sexe :

Selon le ministère de la santé et des solidarités et selon la DREES, au premier janvier 2006, on dénombrait 101 267 omnipraticiens dont 61.7% d'hommes et 38.3% de femmes.

Dans cette étude, la répartition est de 72 % d'hommes pour 28% de femmes. Ainsi, la population masculine est un peu sur-représentée. (figure 18)



Classe d'âge :

Dans cette étude, La tranche d'âge des 50-60 ans est un peu sur-représentée et la tranche d'âge des 30-40 ans est un peu sous-représentée par rapport à la répartition nationale et dans les Pays de la Loire. (figure 19 et tableau 8)

Les médecins interrogés dans cette étude sont donc un peu plus âgés que la moyenne nationale.

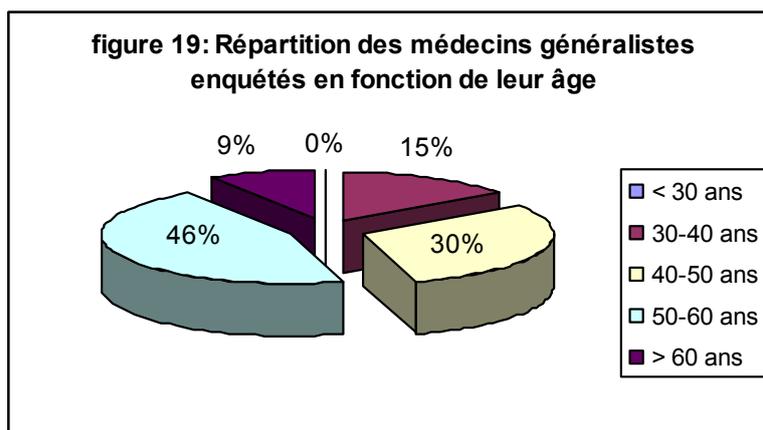


Tableau 8 : Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge en France métropolitaine et dans les Pays de la Loire en 2006 (DREES)

	<30 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 ans et plus	Effectif
France métropolitaine	0.9	7.0	10.2	15.5	20.0	20.5	17.6	5.5	1.6	1.2	101267
Pays de la Loire	0.8	7.2	10.9	15.1	21.0	21.6	17.6	4.7	0.7	0.2	4943

Lieu d'exercice :

Dans cette étude, 23% des médecins exercent en zone rurale, 29% en zone semi-rurale et 48% en zone urbaine. Cette répartition correspond à ce qui est constaté à l'échelle nationale. (figure 20 et 21)

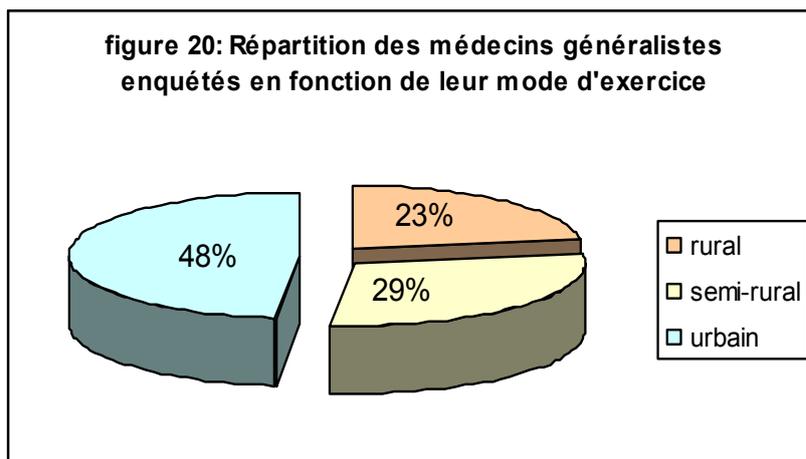
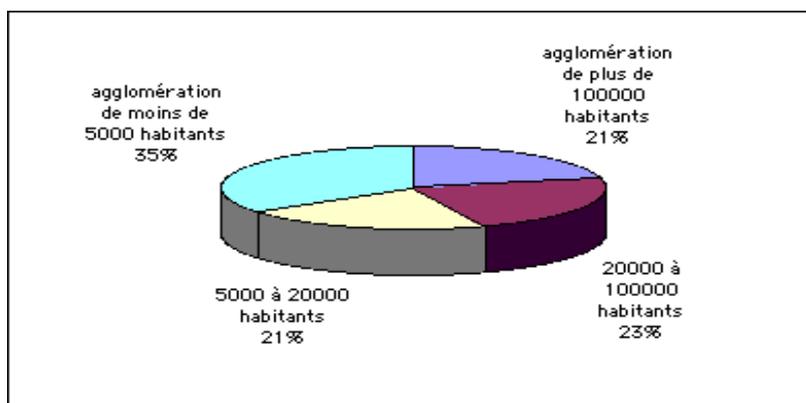


Figure 21 : Lieu d'exercice des médecins généralistes en France métropolitaine



Sondage sur 1001 MG réalisé par l'institut Imago, et réalisé dans la semaine du 1 au 9 Octobre 98

Ainsi, la population de généralistes étudiée est un peu plus âgée et un peu plus masculine que la population à l'échelon national mais la répartition par lieu d'exercice est à peu près comparable.

Evaluation du dépistage de la dépression de la personne âgée en médecine générale.

La dépression est un des plus grands facteurs de risque de passage à l'acte chez les personnes âgées car on retrouve un état dépressif caractérisé chez environ 80% des personnes âgées qui se suicident [23]. Selon LEGER [40] « le principal moyen actuel pour éviter l'acte mortifère consiste à détecter le plus précocement possible la dépression et à la traiter correctement ». Ainsi, l'axe principal de la prévention du suicide du sujet âgé en médecine générale correspond au dépistage et au traitement de la dépression dans cette tranche d'âge.

Il est donc intéressant d'évaluer dans le cadre de cette prévention :

-si la sémiologie de la dépression de la personne âgée est bien connue des médecins généralistes.

-si les échelles de dépression adaptées sont utilisées en médecine générale pour dépister et évaluer la sévérité de la dépression de la personne âgée.

-si les idées suicidaires et les facteurs de risques suicidaires sont systématiquement recherchés devant tout état dépressif de la personne âgée.

2.2.1. Les principaux symptômes de la dépression de la personne âgée.

2.2.1.1. Rappels sur les caractéristiques sémiologiques de la dépression de la personne âgée.

Chez certains sujets âgés, les caractéristiques cliniques de la dépression peuvent être les mêmes que chez le sujet d'âge moyen. On retrouve alors le noyau central dépressif classique qui associe l'expression de la douleur morale et le ralentissement psychomoteur [13].

Cependant, la sémiologie de la dépression de la personne âgée est le plus souvent très spécifique car elle est fréquemment peu apparente c'est-à-dire masquée.

Il est difficile de déterminer une hiérarchie des symptômes les plus caractéristiques de la dépression de la personne âgée. Toutefois, on peut noter que certains symptômes de la dépression sont indépendants de l'âge, d'autres se rencontrent préférentiellement chez l'adulte d'âge moyen, et enfin certains se révèlent beaucoup plus fréquents dans la dépression du sujet âgé.

Effectivement, l'étude sémiologique de la dépression montre que certains symptômes de la dépression se retrouvent indépendamment de l'âge : Il s'agit principalement de la démotivation, du désespoir et du pessimisme [35].

D'autres sont fréquents dans la dépression du sujet d'âge moyen et beaucoup moins caractéristiques dans la dépression du sujet âgé : il s'agit de la culpabilité, de l'expression de la douleur morale, de la tristesse, du ralentissement psychomoteur et de la fluidité verbale ainsi que l'idéation suicidaire [50] [23] [35].

Pour DE LEO [23], la tristesse et la douleur morale sont souvent moins exprimées chez les sujets âgés dépressifs. D'autre part, pour certains auteurs, la douleur morale et la tristesse peuvent tout simplement être la conséquence d'une souffrance psychique engendrée par la nécessaire

réalisation de deuils successifs qu'impose le processus du vieillissement. Elles peuvent faire partie des réactions normales à une perte ce qui est fréquent chez les personnes âgées. Elles ne traduisent une dépression que si elles sont disproportionnées par rapport aux difficultés existentielles et si elles envahissent totalement la vie psychique du sujet.

En ce qui concerne le ralentissement psychomoteur, il est relativement banal chez le sujet âgé car il peut relever du vieillissement physiologique ou d'une pathologie organique comme la maladie de Parkinson et tous les autres syndromes extrapyramidaux, l'hypothyroïdie ou l'insuffisance cardiaque [56]. D'autre part, il n'est pas rare que le ralentissement psychomoteur soit minime ou absent, ou masqué par une agitation anxieuse ou hypomaniaque [50]. Ainsi, si le ralentissement psychomoteur est un symptôme essentiel de la dépression de la personne d'âge moyen, il est loin d'être caractéristique de la dépression de la personne âgée.

La réduction de la fluidité verbale, de la richesse du langage et des associations d'idées doit plutôt faire évoquer une démence débutante qu'un syndrome dépressif.

La rareté de l'expression des idéations suicidaires chez la personne âgée dépressive fait de ce symptôme un élément peu caractéristique d'un état dépressif chez l'âgé même si il est très spécifique. DUBERSTEIN a montré que plus les sujets avancent en âge, moins ils expriment leurs idées suicidaires. Il estime que la probabilité de faire part des idées suicidaires est 2.86 fois moindre par période de 10 ans [23]. . Ainsi, les idées suicidaires sont très peu exprimées par les personnes âgées dépressives mais, quand elles le sont, elles ne doivent surtout pas être banalisées.

Enfin, certains symptômes sont assez caractéristiques de la dépression de la personne âgée.

Il s'agit principalement des plaintes somatiques diverses de type asthénie, troubles du sommeil, douleurs ostéo-articulaires et musculaires, troubles gastro-intestinaux. Selon CLEMENT [19], près de deux tiers des sujets âgés dépressifs ont des plaintes somatiques prépondérantes et dans 30% des cas cette somatisation est le symptôme initial de la maladie.

Ainsi, une somatisation d'apparition récente chez le sujet âgé doit faire évoquer la possibilité d'une dépression sous-jacente. Cette somatisation est le moyen d'exprimer le vécu douloureux de la dépression et traduit le refus d'exprimer verbalement la douleur morale et le sentiment de tristesse.

D'autre part, les troubles du comportement de type caractériels (instabilité émotionnelle, agressivité, colère) mais aussi de type confusionnels et délirants ne sont pas rares chez le sujet âgé dépressif [19]. Dans la symptomatologie délirante, les thèmes de type persécutoire, de

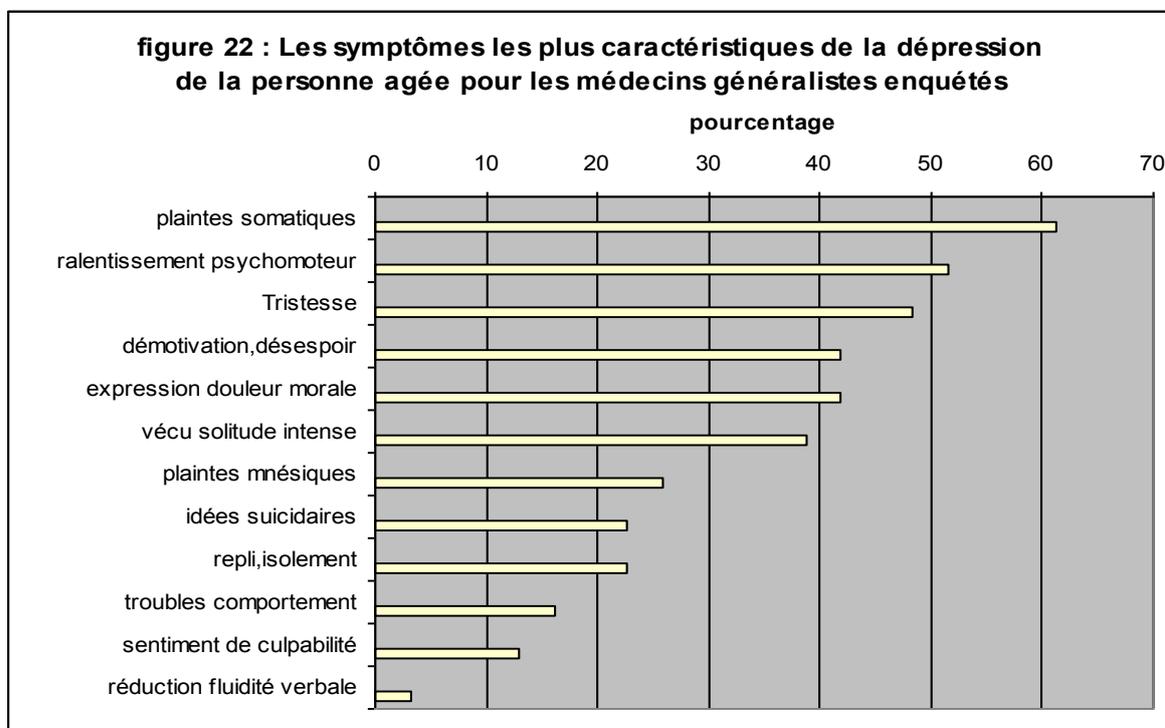
jalousie et de préjudice semblent prédominer sur les thèmes de culpabilité, de faute ou de pauvreté.

Enfin, le vécu de solitude intense subjectif, le sentiment de vide, le repli et l'isolement, le sentiment d'inutilité et les plaintes mnésiques sont très fréquemment retrouvés dans la symptomatologie dépressive de la personne âgée.

2.2.1.2. Résultats de l'enquête sur la connaissance des généralistes à propos des particularités sémiologiques de la dépression de la personne âgée :

L'analyse de l'enquête met en évidence que, pour les médecins généralistes interrogés, les symptômes les plus caractéristiques d'une dépression de la personne âgée sont, par ordre de fréquence : les plaintes somatiques, le ralentissement psychomoteur, la tristesse, la démotivation et le désespoir et l'expression d'une douleur morale. (figure 22)

En revanche, la réduction de la fluidité verbale, le sentiment de culpabilité, les troubles du comportement, le repli et l'isolement, les idées suicidaires et les plaintes mnésiques leur apparaissent comme peu caractéristiques de la dépression de la personne âgée.



Ainsi, la connaissance des médecins généralistes sur les caractéristiques sémiologiques de la dépression du sujet âgé est assez contrastée. Si les plaintes somatiques sont à juste titre mentionnées très fréquemment par les médecins généralistes, le ralentissement psychomoteur, la tristesse et l'expression d'une douleur morale, qui sont dans les cinq premiers symptômes évoqués, ne sont pas très caractéristiques de la dépression de la personne âgée.

D'autre part, le repli et l'isolement, le sentiment d'inutilité, les troubles du comportement et les plaintes mnésiques sont très peu mentionnés alors qu'ils sont assez caractéristiques de la dépression du sujet âgé.

On constate que les principaux symptômes choisis par les médecins généralistes correspondent beaucoup plus à la dépression de l'adulte d'âge moyen que de la personne âgée. Ainsi, les médecins généralistes ne semblent pas faire de distinction dans la sémiologie de la dépression de ces deux types de population. Ce manque de connaissance sur la spécificité sémiologique de la dépression de la personne âgée pourrait expliquer le sous diagnostic de cette pathologie. Il apparaît donc important d'insister sur la formation initiale des généralistes à propos de ces particularités sémiologiques.

2.2.2. L'utilisation des échelles de dépression chez la personne âgée.

Il existe plusieurs échelles de dépression chez l'adulte. Les plus utilisées sont l'échelle de dépression de Hamilton, la MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) et, plus spécifiquement chez la personne âgée, la Gériatric Depression Scale (GDS) de Brink et Yesavage dont il existe une forme abrégée à 15 items qui semble avoir une sensibilité et une spécificité comparables à la forme longue (annexes 2, 3, 4,5). Il existe également une forme encore plus simplifiée à 4 items appelée mini-GDS (annexe 6) qui a été validée en langue française par CLEMENT et qui semble particulièrement adaptée à la pratique du médecin généraliste [40].

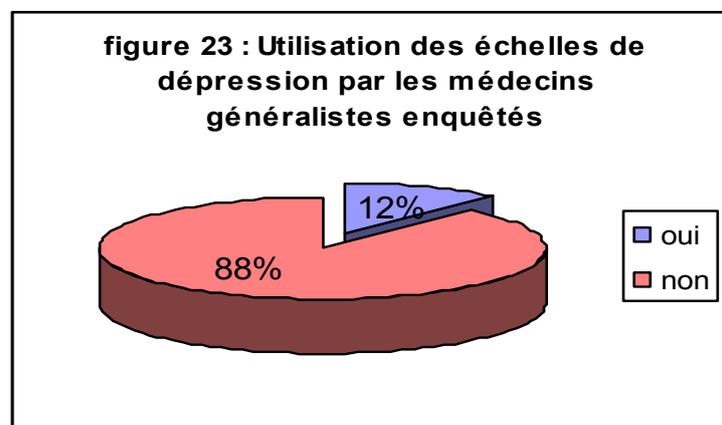
Selon PANCRAZI [56], la GDS est l'échelle la plus adaptée au sujet âgé car les signes somatiques très présents dans la MADRS et dans l'échelle de Hamilton sont peu spécifiques à la personne âgée. La GDS apparaît alors comme l'instrument valide le plus fiable et le plus précis pour détecter et évaluer la dépression de la personne âgée.

Cependant, la validité de la GDS apparaît discutable chez les patients atteints d'une démence modérée à sévère. Dans ce cas précis, la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) apparaît être l'échelle la plus fiable [6]. (annexe 7)

Il est très important d'évaluer la sévérité d'un état dépressif car les travaux d'ALEXOPOULOS ont mis en évidence qu'elle se révèle être un des meilleurs facteurs prédictifs de la présence d'idées suicidaires et de la survenue de comportements suicidaires. [23]

Cette étude montre que les échelles de dépression sont très rarement utilisées pour dépister ou évaluer la sévérité d'un état dépressif chez la personne âgée : seulement 12% des médecins interrogés déclarent les utiliser. (figure 23)

Parmi ces médecins, seulement cinq déclarent utiliser la GDS. Un médecin utilise les critères du DSM IV (annexe 8) et un autre l'échelle de Hamilton (annexe 2).



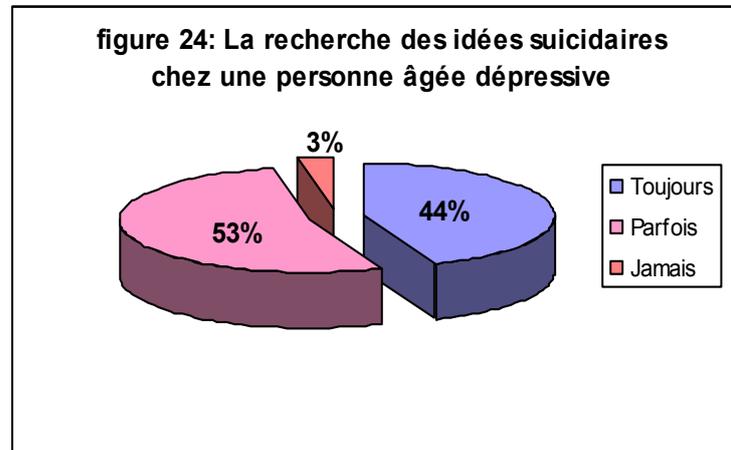
Les échelles de dépression spécifiques au sujet âgé sont donc très peu utilisées en médecine générale. Le questionnaire ne permet pas de savoir quelles sont les raisons d'une telle sous utilisation mais on peut supposer que ceci s'explique à la fois par une méconnaissance de l'existence de telles échelles mais également par un manque de temps dans la pratique du médecin généraliste.

Il est important de noter que les échelles de dépression du type GDS n'ont pas d'intérêt dans une utilisation systématique. Elles doivent être utilisées dans les cas de diagnostic difficile ou pour évaluer la sévérité d'une dépression, ou encore l'efficacité d'un traitement.

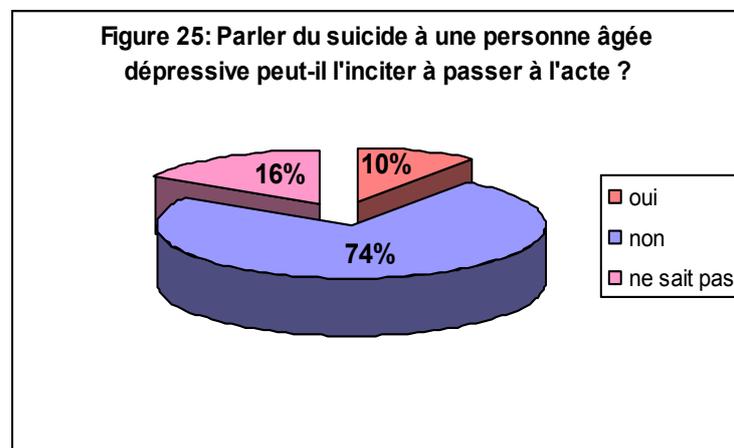
2.2.3. La recherche des idées suicidaires chez la personne âgée dépressive

Près de 44% des médecins généralistes déclarent rechercher systématiquement des idées suicidaires chez une personne âgée dépressive. Ils sont 53% à déclarer les rechercher parfois et seulement 3% ne les recherche jamais. (figure 24)

Pourtant, la recherche systématique des idées suicidaires chez la personne âgée déprimée apparaît primordiale car, selon FREMOND [31], un déprimé âgé sur deux aurait ce type d'idées.



Pour essayer d'expliquer les difficultés des médecins généralistes à rechercher explicitement et systématiquement des idées suicidaires chez une personne âgée dépressive il est intéressant de savoir si l'idée reçue suivante « parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire » est présente dans l'esprit des médecins généralistes. (figure 25)



Il apparaît que pour 74% des médecins généralistes interrogés, le fait de parler du suicide n'est responsable d'aucune incitation au passage à l'acte.

Environ 16% des médecins généralistes n'ont pas d'opinion sur ce sujet et ils sont 10% à estimer que le fait de parler du suicide à une personne âgée dépressive peut l'inciter à passer à se suicider.

Pourtant, rechercher et discuter d'idées suicidaires permet avant tout d'ouvrir la porte à un dialogue et facilite ainsi chez une personne en souffrance l'expression de ses émotions.

Le fait d'aborder clairement le sujet du suicide reste une des meilleures préventions car verbaliser les idées suicidaires soulage l'angoisse du patient. Celui-ci se sent alors entendu et soutenu, ce qui rend sa douleur plus supportable, de telle sorte qu'il puisse envisager d'autres recours à sa souffrance que le suicide. Ainsi, la recherche d'idées suicidaires ne majore pas le risque suicidaire, mais elle aurait bien au contraire un rôle protecteur vis-à-vis du risque de passage à l'acte.

Ce travail montre bien qu'il est important de lutter contre certaines idées reçues sur le suicide car celle-ci font obstacle au dépistage et à la prise en charge de la crise suicidaire, même au sein des professionnels de santé les plus concernés, à savoir les médecins généralistes.

2.2.4. La recherche des facteurs de risque suicidaire chez la personne âgée dépressive :

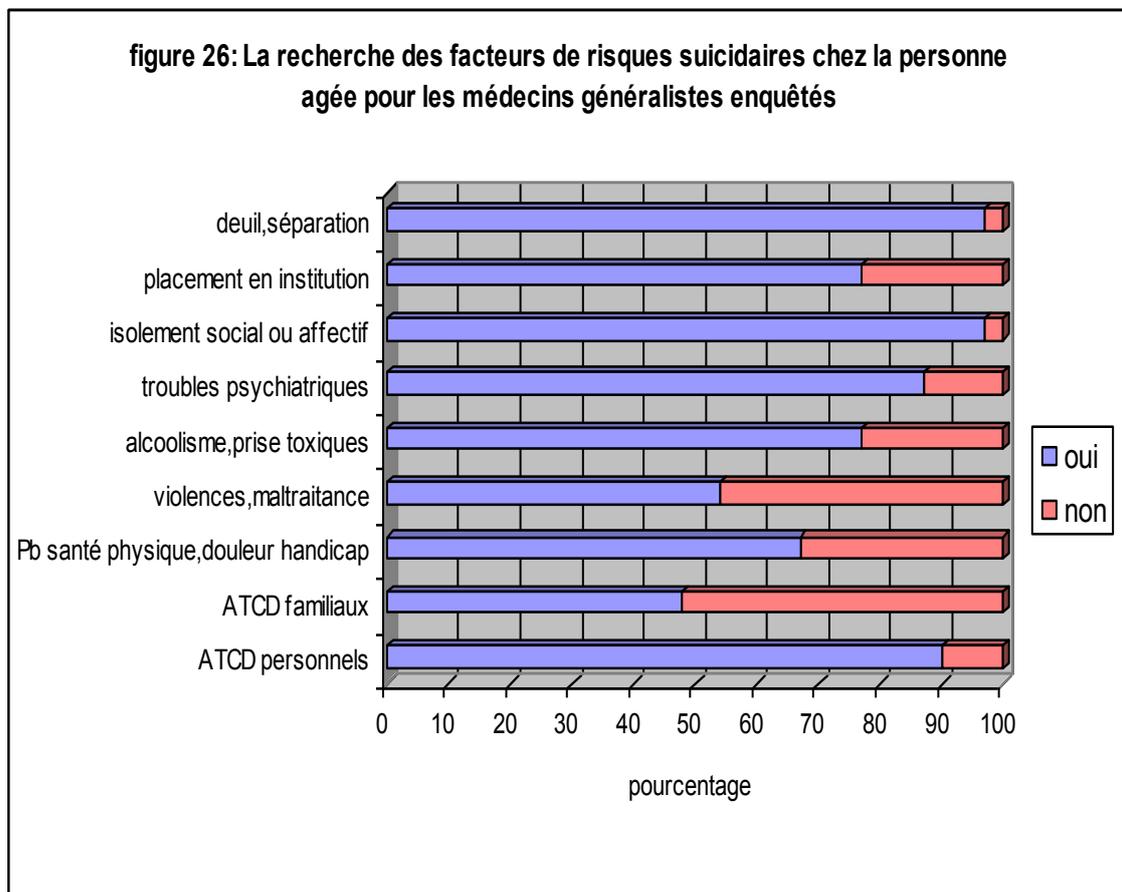
La conférence de consensus sur la crise suicidaire définit plusieurs facteurs de risque suicidaire bien identifiés. Ces facteurs de risques sont en interaction les uns avec les autres. Il ne s'agit pas d'un modèle additif mesurant le risque final à partir d'une sommation de différents facteurs de risque. Il s'agit d'un modèle intégratif caractérisé par le fait que l'impact de chacun de ces facteurs de risque dépend d'autres facteurs notamment socioculturels et environnementaux.

Les antécédents personnels de tentative de suicide représentent l'un des facteurs de risque les plus importants. Effectivement, 30 à 40% des suicidants récidivent, et ce souvent dans l'année qui suit le premier épisode. Près de 10% décèdent par suicide dans les 10 ans. Ce constat concerne plus particulièrement les adolescents et les adultes jeunes car, comme on l'a vu, les taux de réussite des suicides chez les personnes âgées sont tels que la recherche d'un antécédent de tentative de suicide a moins de valeur dans cette tranche d'âge pour évaluer le risque suicidaire.

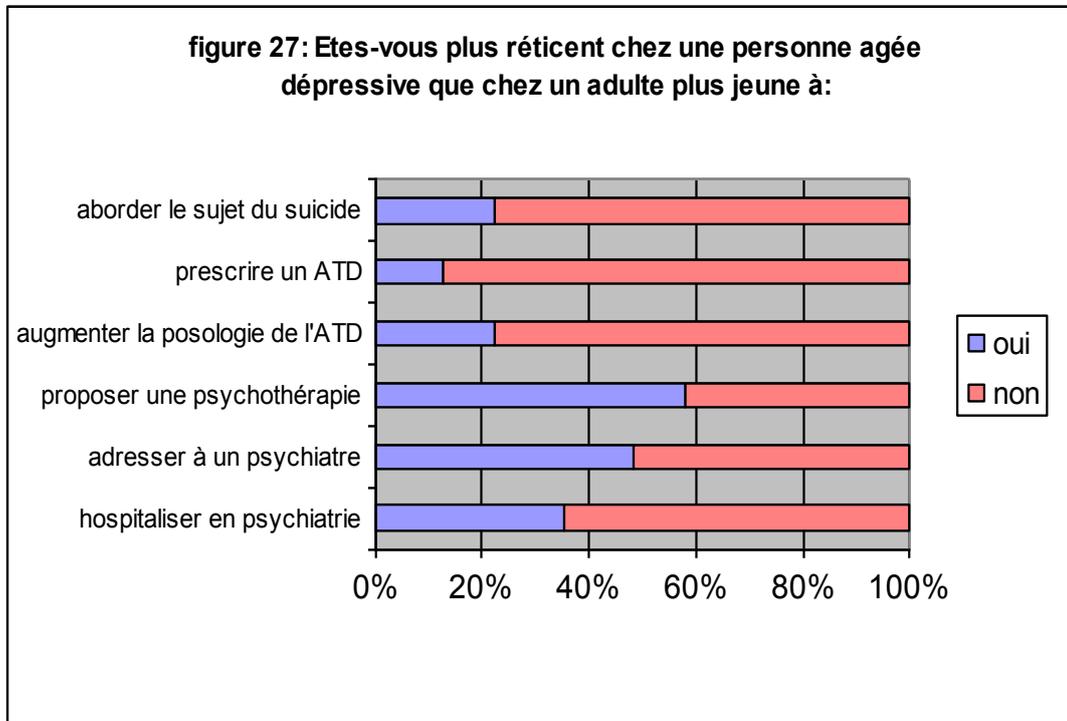
Les autres facteurs de risque suicidaire définis par la conférence de consensus sont les antécédents familiaux de suicide, les problèmes de santé physique et le handicap, la violence et les maltraitances, l'alcoolisme et les autres toxicomanies, les troubles psychiatriques avec notamment la dépression et les troubles psychotiques, l'isolement social et affectif, le placement en institution, le deuil et les séparations.

Dans notre enquête, les principaux facteurs de risques suicidaires recherchés par les médecins généralistes dans le cadre d'une dépression chez le sujet âgé sont : l'isolement social ou affectif, le deuil et la séparation, les antécédents personnels de suicide, les troubles psychiatriques et le placement en institution.

Par contre, on observe curieusement que les problèmes de santé physique et de handicap sont beaucoup moins pris en compte pour évaluer le risque suicidaire. D'autre part, une maltraitance et les antécédents familiaux sont également très peu recherchés. (figure 26)



2.3. Evaluation de la prise en charge de la dépression de la personne âgée en médecine générale : Etude comparative entre la prise en charge de la dépression chez la personne âgée et l'adulte de moins de 75 ans.



2.3.1. La prescription d'antidépresseur.

Dans cette étude, 12% des médecins généralistes déclarent être plus réticents à prescrire un traitement antidépresseur chez une personne âgée que chez un adulte d'âge moyen (figure 27). La plupart des médecins n'ont pas justifié leur choix et seulement quatre médecins ont invoqué comme raison le problème des interactions médicamenteuses liées à la polymédication.

Il est vrai que le risque d'interactions médicamenteuses est accru chez le sujet âgé traité par inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, avec notamment une augmentation de l'effet des anticoagulants oraux (AVK) et du risque hémorragique. Il est donc nécessaire de contrôler plus fréquemment l'INR et d'adapter éventuellement la posologie de l'anticoagulant oral.

Selon BAIR, cité par PANCRAZI [56], la dépression est sous traitée chez le sujet âgé car seulement 11% des sujets âgés dépressifs bénéficient d'un traitement adéquat, 35% reçoivent un traitement inadéquat (dosage ou durée insuffisante) et 55% ne reçoivent pas de traitement antidépresseur. Le résultat des autopsies psychologiques montre que 2/3 des personnes âgées suicidées étaient déprimés mais que seulement 1/4 bénéficiait d'un traitement antidépresseur [41].

Cette faiblesse de la prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé déprimé s'expliquerait donc, en plus du défaut de diagnostic, par la crainte excessive des interactions médicamenteuses et des effets secondaires des traitements antidépresseurs. On peut constater que cette crainte n'est pas retrouvée pour la prescription des benzodiazépines qui sont pourtant sur-prescrites dans ce contexte.

D'autre part, certains auteurs estiment qu'il existe une fréquente méconnaissance des médecins généralistes sur l'efficacité des antidépresseurs chez la personne âgée dépressive.

Pourtant, selon PAILLE [55] les études montrent que les antidépresseurs sont efficaces dans le traitement de la dépression de la personne âgée. Le taux de réponse est de l'ordre de 50 à 70% contre 25 à 35% pour le placebo. Il n'y a pas de différence significative en terme d'efficacité entre les différentes classes d'antidépresseurs mais certaines études laissent penser que les tricycliques pourraient avoir une certaine supériorité dans les dépressions graves. De par leur facilité d'emploi et leurs moindres effets secondaires, les antidépresseurs de nouvelle génération et notamment les Inhibiteurs de la Recapture de la Serotonine (IRS) sont le traitement de première intention. En cas de résistance à ces traitements antidépresseurs, le recours aux tricycliques pourrait avoir un intérêt.

D'autre part, de nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque suicidaire chez les patients âgés déprimés traités par antidépresseurs [71].

2.3.2. La recherche de la posologie optimale de l'antidépresseur.

Cette étude révèle que 20% des médecins généralistes interrogés déclarent être plus réticents à augmenter, chez le sujet âgé, la posologie de l'antidépresseur afin de rechercher la meilleure efficacité (figure 27).

La seule et unique raison invoquée a été l'inquiétude vis-à-vis des effets secondaires.

Les principaux effets secondaires des IRS chez la personne âgée sont l'hyponatrémie (souvent majorée par la co-prescription avec un diurétique), l'hypotension orthostatique, les troubles de l'équilibre et le syndrome sérotoninergique.

Les critères diagnostiques du syndrome sérotoninergique ont été établis en 1991 par STERNBACH.

Ils associent :

- la survenue d'au moins 3 symptômes parmi les suivants lors d'une mise en route ou de l'augmentation posologique d'un traitement sérotoninergique : troubles du comportement

(confusion ou hypomanie), agitation, myoclonies, hyperréflexie, hypersudation, frissons, tremblements, diarrhée, incoordination, fièvre

-l'élimination d'une autre étiologie en particulier infectieuse, métabolique ou neurologique.

-l'absence de traitement neuroleptique mis en route ou majoré avant l'apparition des symptômes.

Il apparaît très probable que la comorbidité médicale soit responsable d'une vulnérabilité croissante de la personne âgée aux effets indésirables des traitements antidépresseurs [45].

Pourtant, pour LEGER [40], la posologie maximale autorisée de la plupart des traitements antidépresseurs ne diffère pas chez l'adulte et chez la personne âgée. Cependant, la posologie d'équilibre chez la personne âgée est souvent plus basse que chez l'adulte d'âge moyen car le vieillissement entraîne des modifications de la pharmacocinétique des antidépresseurs qui conduisent à avoir des posologies plus faibles pour obtenir un même taux sérique [45]. D'autre part, la posologie doit être augmentée plus progressivement chez le sujet âgé. Ainsi, selon PAILLE [55], il est classique de proposer une posologie initiale abaissée de 30 à 50% par rapport à l'adulte puis de l'augmenter tant que la tolérance le permet jusqu'à la posologie efficace. Selon certains auteurs comme REYNOLDS [62], les risques liés à l'absence de traitement (passage à la chronicité, affaiblissement cognitif, suicide...) sont beaucoup plus importants que les risques liés aux effets secondaires des antidépresseurs.

2.3.3. La proposition d'une prise en charge psychothérapeutique.

Cette étude montre que 55% des généralistes sont réticents à proposer une prise en charge psychothérapeutique (figure 27).

Les principales raisons données par les médecins généralistes pour expliquer cette réticence sont :

- le problème des déplacements liés à la perte d'autonomie.
- le problème du délai de prise en charge.
- le problème de la démence parfois associée rendant la communication difficile.
- l'inefficacité de la prise en charge psychothérapeutique chez le sujet âgé liée à une certaine rigidité intellectuelle.
- l'opposition des patients eux-mêmes pour ce type de prise en charge.

En ce qui concerne les problèmes de déplacement, on peut s'interroger sur le fait de savoir si la perte d'autonomie serait un obstacle aussi important pour la prise en charge spécialisée d'une pathologie purement somatique. En d'autres termes, les médecins généralistes seraient-ils aussi

réticents à envisager un suivi somatique chez leurs confrères spécialistes pour leur patients âgés dépendants ?

D'autre part, la perte d'autonomie n'est pas l'exclusivité du sujet âgé. Ainsi, la réticence des médecins généralistes serait-elle aussi grande dans la proposition d'une prise en charge psychothérapique chez un jeune paraplégique ?

En ce qui concerne le délai de prise en charge psychothérapique, même si cela correspond à une réalité, cela ne constitue pas un obstacle plus important chez le sujet âgé que chez un sujet plus jeune.

La sous-utilisation de la prise en charge psychothérapique s'expliquerait donc principalement par le préjugé défavorable qui veut que « le fonctionnement psychique soit figé avec l'âge » [56]. Les sujets âgés auraient perdu leur capacité au changement rendant ainsi inefficace toute prise en charge psychothérapique.

Ces préjugés sont souvent partagés par les patients eux-mêmes, ce qui les conduit effectivement à un manque d'adhésion à toute approche psychothérapique.

Pourtant, selon PAILLE [55], l'association d'une psychothérapique de soutien ou cognitivo-comportementale à un traitement antidépresseur améliore les résultats surtout en prévenant les récurrences. Il semblerait que les approches psychothérapiques agissent préférentiellement sur les aspects cognitifs et interpersonnels du trouble dépressif alors que les traitements médicamenteux agiraient principalement sur les troubles somatiques et végétatifs des dépressions [7].

Selon AZORIN [7], près de trois quarts des sujets âgés déprimés répondent favorablement à une intervention psychothérapique.

Ainsi, l'association d'un traitement antidépresseur à une psychothérapique constitue actuellement le meilleur traitement de la dépression de la personne âgée.

Selon PANCRAZI [56], il faut privilégier des thérapies brèves centrées sur les difficultés actuelles et le renforcement du narcissisme.

Les plus utilisées sont les thérapies de soutien basé sur la relation de confiance médecin-malade. Elles ont comme objectifs de rassurer le patient, de restaurer l'estime de soi, de l'aider à reconnaître et accepter la diminution de ses capacités liées à son âge mais aussi d'avoir une vision plus réaliste de sa situation.

D'autre part, PANCRAZI [56] souligne l'intérêt des thérapies cognitivo-comportementales qui ont comme objectifs de modifier les symptômes et les conduites en modulant les « pensées

dysfonctionnelles et les fausses croyances qui génèrent et entretiennent les affects dépressifs. Le thérapeute identifie avec le patient les situations responsables de sentiments négatifs et dépressifs et l'aide à y substituer des pensées positives réalistes, tout en reconnaissant l'authenticité de l'affect dépressif. »

On peut aussi envisager des thérapies psychodynamiques, c'est-à-dire des thérapies analytiques ou d'inspiration analytique. Ces thérapies reposent sur le principe de la reviviscence et la compréhension par le sujet des conflits psychiques infantiles non résolus et réactivés lors d'une dépression survenue à l'occasion d'un évènement traumatique comme une perte ou un deuil. Cependant, pour qu'elles soient adaptées à la personne âgée, ces thérapies doivent être relativement brèves afin qu'elles ne soient pas interrompues par des problèmes intercurrents comme des problèmes somatiques. D'autre part, celles-ci doivent se focaliser sur les difficultés actuelles.

De nombreuses études comme celles de JARVIK montre une efficacité comparable à court terme des thérapies cognitivo-comportementales, des thérapies psychodynamiques et des thérapies de soutien. A long terme, il existerait une tendance en faveur des thérapies cognitivo-comportementales [7].

Des psychothérapies de couple ou familiales peuvent également être proposées : elles visent à restaurer une meilleure communication et à faciliter l'adhésion aux traitements et à la continuité des soins [71].

2.3.4. La proposition d'une prise en charge par un psychiatre.

Dans cette étude, 57% des médecins généralistes interrogés déclarent être plus réticents à proposer une prise en charge par un psychiatre à un patient dépressif âgé qu'à un patient dépressif plus jeune (figure 27).

Parmi les raisons invoquées, on retrouve principalement les problèmes de mobilité.

Or, comme le souligne la conférence de consensus [20], il est nécessaire d'effectuer une évaluation psychiatrique soigneuse devant toute crise suicidaire majeure ou grave : « le diagnostic psychiatrique et l'évaluation psychopathologique apparaissent comme des éléments essentiels dans la détermination des stratégies thérapeutiques immédiates et au long cours de ces patients ».

2.3.5. L'hospitalisation en psychiatrie.

Près de 27% des médecins interrogés se déclarent plus réticents à hospitaliser en psychiatrie une personne âgée dépressive qu'un adulte dépressif plus jeune (figure 27).

Les principales raisons invoquées sont les difficultés des services de psychiatrie à gérer les intrications somatiques des personnes âgées et un doute sur les bénéfices de l'hospitalisation du sujet âgé en psychiatrie face aux risques liés à la perte de leurs repères.

Pourtant, le risque suicidaire chez l'âgé dépressif est aussi, voire plus important, que chez l'adulte plus jeune. Ainsi, les indications d'hospitalisation en psychiatrie dans un contexte de dépression chez le patient âgé ne devraient pas différer de chez le sujet plus jeune.

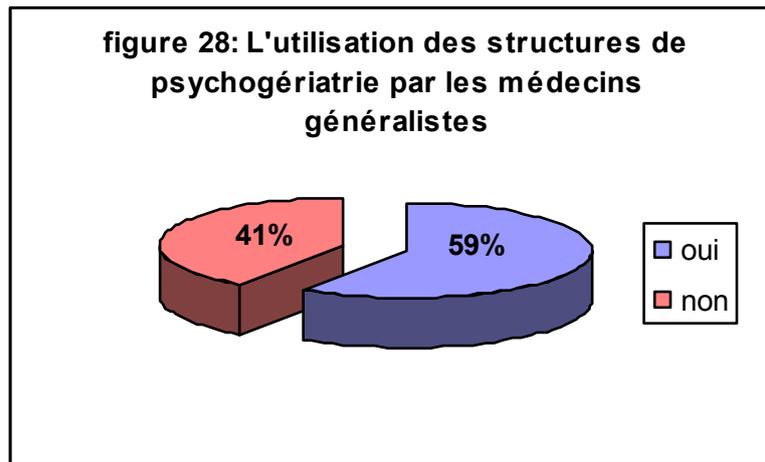
L'hospitalisation d'une personne âgée dépressive est nécessaire quand l'évaluation du risque suicidaire confirme le caractère d'urgence car seule l'hospitalisation permet d'obtenir des conditions de sécurité et les soins nécessaires. Mais l'hospitalisation en psychiatrie, surtout chez la personne âgée, est souvent difficile à faire accepter par le patient et sa famille.

THOMAS [70] [71] souligne que la mise en avant des problèmes somatiques souvent associés permet une meilleure acceptation de l'hospitalisation qui se fera dans un premier temps aux urgences. C'est seulement dans un deuxième temps que l'hospitalisation se fera, en fonction des possibilités locales, en psychiatrie, en psychogériatrie ou en gériatrie.

L'hospitalisation permet de protéger la personne âgée en crise suicidaire d'un risque de passage à l'acte en créant une relation de confiance, en écartant tout moyen létal et éventuellement en instaurant une médication sédatrice prudente tenant compte de la fragilité liée à l'âge et aux comorbidités associées. L'hospitalisation facilite l'évaluation précise de la crise suicidaire permettant d'établir une prise en charge psycho-somato-sociale adaptée.

2.4. L'utilisation des structures de psychogériatrie.

Environ 59% des médecins généralistes interrogés font appel à des structures de psychogériatrie en cas de difficultés dans la prise en charge d'une personne âgée dépressive (figure 28). Ce résultat met en évidence l'importante demande des médecins généralistes pour ce type de prise en charge spécialisée et confirme l'essor considérable de la psychogériatrie au cours de ces dernières années.



2.5. Evaluation du potentiel suicidaire de la personne âgée en crise suicidaire par les médecins généralistes.

2.5.1. La crise suicidaire :

2.5.1.1. Définition de la crise suicidaire :

La conférence de consensus de l'ANAES d'octobre 2000 sur la crise suicidaire [20] définit celle-ci comme « une crise psychique dont le risque majeur est le suicide ».

« Comme toute crise, elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture ».

La crise suicidaire « peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais cela lui confère sa gravité ».

Il s'agit d' « un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles. »

2.5.1.2. Le processus de la crise suicidaire : [20]

La crise suicidaire survient après un processus psychique fait de plusieurs ruptures. L'état psychique « basal » d'un individu est généralement un état d'équilibre entre le comportement, l'émotion et la cognition. Certains événements extérieurs peuvent modifier cet état d'équilibre et ainsi créer un état de vulnérabilité caractérisé par la prédominance des émotions sur le comportement et la cognition. Lorsque l'individu est dans un état de vulnérabilité, un élément déclenchant peut le faire basculer dans un état de crise (figure 29).

L'état de crise se caractérise lui même par une cascade en cinq étapes allant de la recherche active de solution, vers des flashes suicidaires, puis des idées suicidaires fréquentes, puis une rumination, jusqu'à la cristallisation d'un plan suicidaire, c'est-à-dire la planification d'un scénario suicidaire en sachant où, quand et comment. Durant cet état de crise, la personne recherche des solutions mais celles-ci lui apparaissent inefficaces ou inadéquates.

Puis un élément précipitant va conduire au passage à l'acte. Le passage à l'acte va permettre de rompre l'état de crise et ainsi d'apaiser la personne qui se trouve alors dans une période de récupération (figure 30).

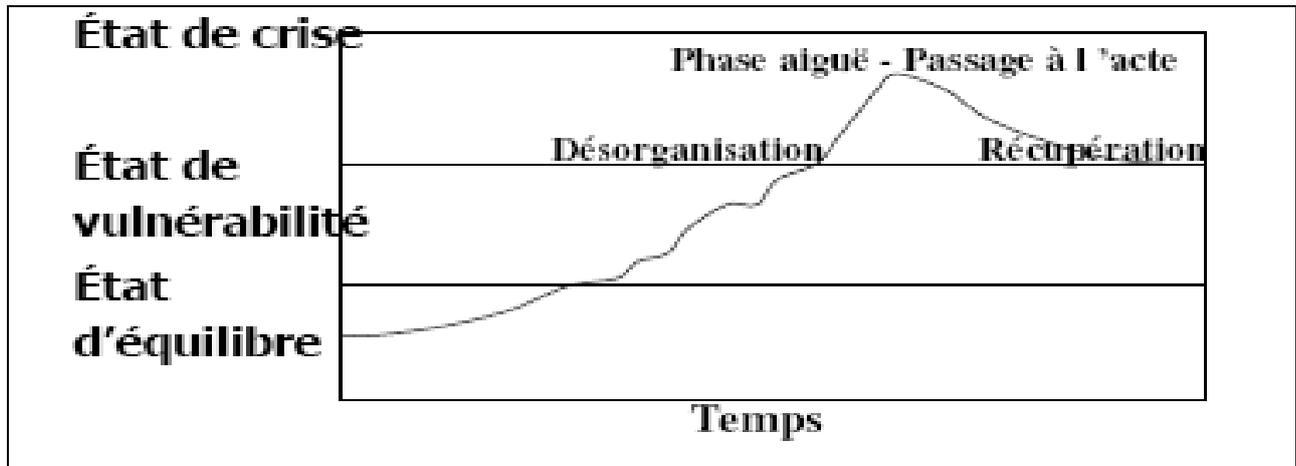
Le geste suicidaire ne représente qu'une des sorties possibles de la crise.

La fugue, l'agressivité et la toxicomanie sont d'autres moyens permettant de rompre cet état de crise.

La crise suicidaire est limitée dans le temps et dure généralement de 6 à 8 semaines et elle est réversible.

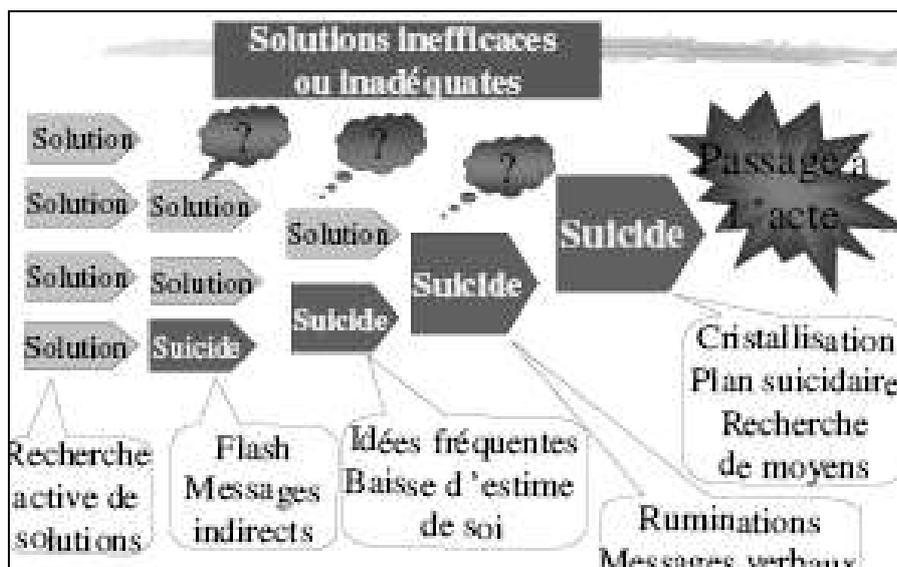
Il est à noter que les personnes souffrant de pathologie mentale ont un état d'équilibre qui correspond déjà à un état de vulnérabilité, ce qui explique que le passage à l'état de crise suicidaire peut être très rapide et impulsif.

Figure 29 : La progression de la crise suicidaire



Manuel du Formateur-Intervention de crise suicidaire-M. SEGUIN-J.L. TERRA-Version septembre 2001

Figure 30 : Modélisation de la crise suicidaire



Manuel du Formateur-Intervention de crise suicidaire-M. SEGUIN-J.L. TERRA-Version septembre 2001

2.5.1.3. Les caractéristiques de la crise suicidaire chez la personne âgée : difficultés du repérage de la crise suicidaire chez la personne âgée :

Selon la conférence de consensus sur la crise suicidaire [20], les manifestations de cette crise psychique chez les personnes âgées sont souvent peu apparentes car elles ont trop souvent tendance à être attribuées à un manque de dynamisme et d'intérêt du sujet âgé lié au

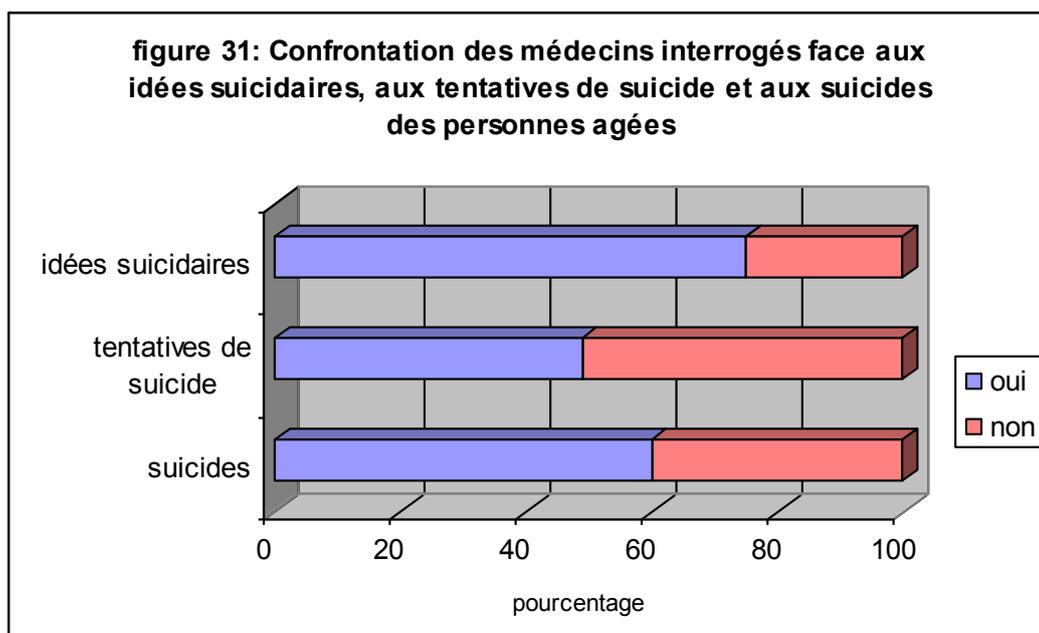
vieillesse naturelle. Ces manifestations peuvent comporter une attitude de repli sur soi, une perte d'intérêt pour les activités, un manque de communication, un refus de s'alimenter ou un refus de soin. D'autre part, les idées suicidaires sont très rarement exprimées. Ainsi, lorsqu'elles le sont, elles ne doivent pas être banalisées.

« Le contexte de vulnérabilité comporte de façon quasi constante une dépression, des maladies somatiques, notamment sources de handicap et de douleur, les conflits, le changement d'environnement. » [20]

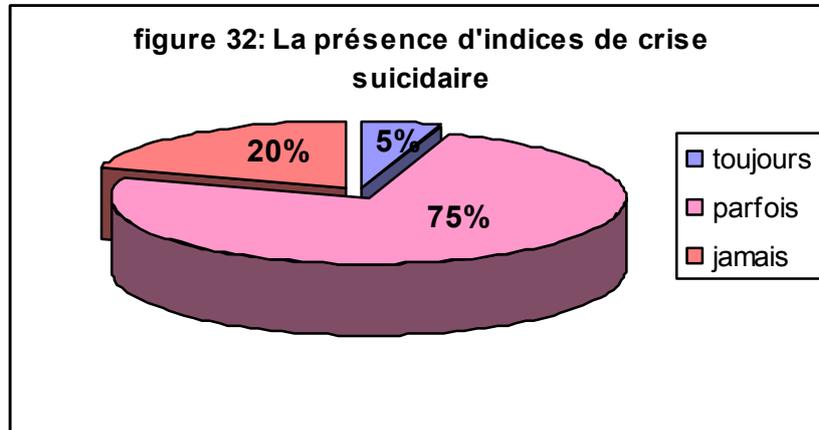
La conférence de consensus recommande ainsi devant tout changement comportemental chez la personne âgée d'être attentif à la possibilité d'une dépression, d'une souffrance somatique mais également d'une maltraitance.

Dans cette étude (figure 31), 75% des médecins interrogés déclarent avoir déjà été confrontés, au cours d'une consultation, à des idées suicidaires chez une personne âgée. Cette fréquence de la verbalisation des idées suicidaires peut apparaître un peu étonnante par rapport aux données de la littérature.

Près de 42% des médecins interrogés déclarent avoir déjà été confrontés à une tentative de suicide chez une personne âgée et près de 58% à un suicide réussi. Les médecins sont donc plus confrontés au suicide réussi chez la personne âgée qu'aux tentatives de suicide. Ceci est en accord avec les forts taux de réussite de suicide constatés dans cette population.



Parmi les médecins ayant déjà été confrontés au suicide d'une personne âgée, 20% déclarent n'avoir jamais détecté d'indice de crise suicidaire et 75% déclarent en avoir parfois détecté. Ils sont seulement 5% à déclarer avoir systématiquement détecté ces indices (figure 32).



Parmi les indices les plus fréquemment mentionnés on trouve par ordre de fréquence : un sentiment profond d'inutilité, une verbalisation des idées suicidaires, un isolement et un repli récent, une modification relationnelle, une anhédonie et une tristesse.

Ces résultats confirment les difficultés à repérer les indices de la crise suicidaire chez la personne âgée. Pour LEGER [40], la crise suicidaire de la personne âgée est très peu décelable et « bien souvent, rien ne permet de suspecter l'intention mortifère d'un sujet âgé". Devant ces difficultés de repérage de la crise suicidaire chez la personne âgée, on comprend ainsi tout l'intérêt du dépistage et du traitement adapté de la dépression dans la prévention du suicide de la personne âgée.

2.5.1.4. Les recommandations de l'ANAES sur la gestion de la crise suicidaire et l'évaluation du potentiel suicidaire : [20]

Il s'agit d'une triple évaluation :

-Il faut tout d'abord évaluer les facteurs de risque suicidaire prédisposant à l'apparition du geste mais également les facteurs protecteurs.

Ces différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres. Il ne s'agit pas d'un modèle additif qui consiste à mesurer le risque final en faisant la somme des différents facteurs de risque

mais d'un modèle intégratif qui fait que l'importance de chacun de ces facteurs dépend de l'ensemble du tableau clinique.

La conférence de consensus classe ces facteurs de risque en trois catégories :

- les facteurs primaires : Ce sont les facteurs de risques les plus importants. Ce sont les facteurs personnels comme un problème de santé mentale (troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles de la personnalité), les problèmes de santé physique ou de handicap, les problèmes de violences subies (physique, psychique ou sexuelle) mais aussi les ATCD familiaux de suicide et de pathologies mentales.

- les facteurs secondaires : Ce sont les facteurs psychosociaux comme les difficultés financières et professionnelles, l'isolement social et affectif, les séparations et perte récente (deuil) et tous les autres événements de vie négatifs.

- les facteurs tertiaires : Ce sont les facteurs liés à l'âge (taux de suicide plus élevé chez les personnes âgées) et au sexe (« sursuicidité » masculine)

D'autre part, il est important d'évaluer les facteurs de protection, c'est-à-dire les ressources personnelles et environnementales pour faire face aux difficultés. Il s'agit ainsi des capacités d'adaptation, d'analyse et de recul, des capacités à exprimer et gérer ses émotions ainsi que des capacités à demander de l'aide. Le soutien de l'entourage, c'est-à-dire le soutien social et familial constitue également un facteur de protection très important face au risque suicidaire.

-Il faut ensuite évaluer l'urgence, c'est-à-dire apprécier la probabilité et l'imminence du passage à l'acte. L'évaluation de l'urgence suicidaire passe par l'évaluation du niveau de souffrance, du niveau d'impulsivité, du degré d'intentionnalité, du niveau de détermination, la qualité du soutien de l'entourage et par la recherche de l'élément précipitant.

-Enfin, il s'agit d'évaluer la dangerosité c'est-à-dire l'existence d'un scénario suicidaire et l'accessibilité à un moyen léthal.

Cette triple évaluation permet de déterminer un niveau de risque suicidaire faible, moyen ou élevé et ainsi de mettre en place une prise en charge adaptée.

La conférence de consensus [20] qualifie d'urgence élevée une personne :

- décidée, dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent
- coupée de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotive, agitée

- complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation
- dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées
- ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
- ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
- très isolée

Il est important de souligner qu'il existe des échelles d'évaluation du risque suicidaire, comme l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck. Mais, selon la conférence de consensus, ces échelles d'évaluation du risque suicidaire n'ont pas démontré leur intérêt dans l'utilisation systématique en pratique clinique. Elles pourraient même parfois constituer un obstacle à l'établissement d'une relation de confiance si le remplissage de ces échelles (et l'obtention d'un score) devient l'unique enjeu de l'entretien. Leur intérêt réside principalement dans la recherche en suicidologie.

2.5.2. Les critères d'évaluation du potentiel suicidaire de la personne âgée par les médecins généralistes interrogés :

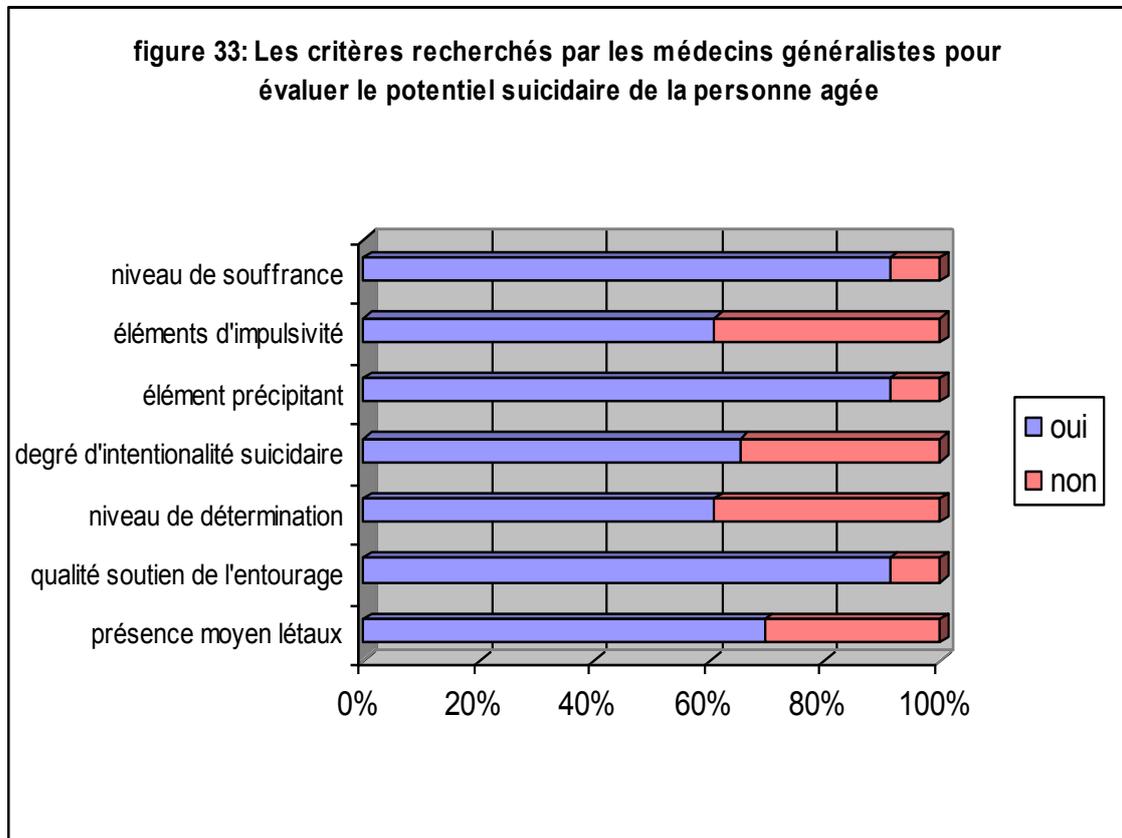
Les principaux éléments recherchés par les médecins généralistes pour évaluer le niveau d'urgence et de dangerosité de la crise suicidaire de la personne âgée sont (figure 33):

- le niveau de souffrance, c'est-à-dire l'importance du désespoir, du repli sur soi et du sentiment de dévalorisation
- la recherche de l'éventuel élément précipitant comme un deuil, une rupture, un conflit, un échec.
- la qualité de soutien de l'entourage avec sa disponibilité et sa capacité d'aide

A contrario, les critères les moins recherchés par les médecins généralistes pour évaluer le potentiel suicidaire sont :

- les éléments d'impulsivité comme l'agitation et l'alcoolisation
- le degré d'intentionnalité suicidaire, c'est-à-dire où en est la personne dans son processus suicidaire (flash, idées suicidaires occasionnelles, ruminations, scénario précis en sachant où, quand et comment)
- le niveau de détermination, c'est-à-dire l'existence ou non d'une ambivalence et la recherche d'aide
- la présence de moyens létaux à disposition de la personne ? (Arme à feu, corde, médicaments..)

Ces critères sont pourtant essentiels pour évaluer le degré d'urgence et de dangerosité afin d'adapter la prise en charge.



2.6. Les coordonnées de réseaux d'accueil et d'écoute :

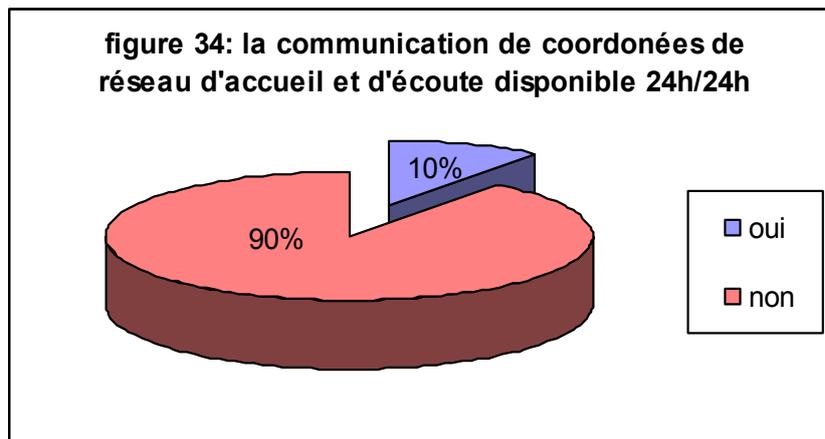
Seulement 10% des médecins généralistes interrogés déclarent proposer régulièrement à leurs patients âgés présentant des idées suicidaires des coordonnées de réseau d'accueil et d'écoute (figure 34).

Or, différentes études effectuées sur l'impact de ces réseaux d'écoute sur les appelants font état d'une amélioration de l'état de mal-être de l'appelant entre le début et la fin de l'entretien et d'un effet facilitateur de l'accès aux soins et du processus de prise en charge thérapeutique [20].

Selon la conférence de consensus sur la crise suicidaire, les services d'aide téléphonique apportent un support privilégié pour la prévention du suicide et ceci notamment chez les personnes âgées qui acceptent particulièrement bien l'intervention à domicile.

Les nouvelles technologies pourraient permettre d'identifier rapidement le numéro des appelants autorisant ainsi un « secours » à l'appelant s'il y a tentative de suicide, que celui-ci ait mentionné

ou non ses coordonnées. La quasi-totalité des lignes françaises observe un strict respect de l'anonymat, mais la conférence de consensus souligne qu'une « réflexion est à mener quant au choix entre des interventions avec sortie d'anonymat et le respect de la confidentialité pour les cas de passage à l'acte imminents ou avérés. La question de l'assistance ou de la non-assistance à personne en danger est à envisager dans son application au cadre du téléphone ».



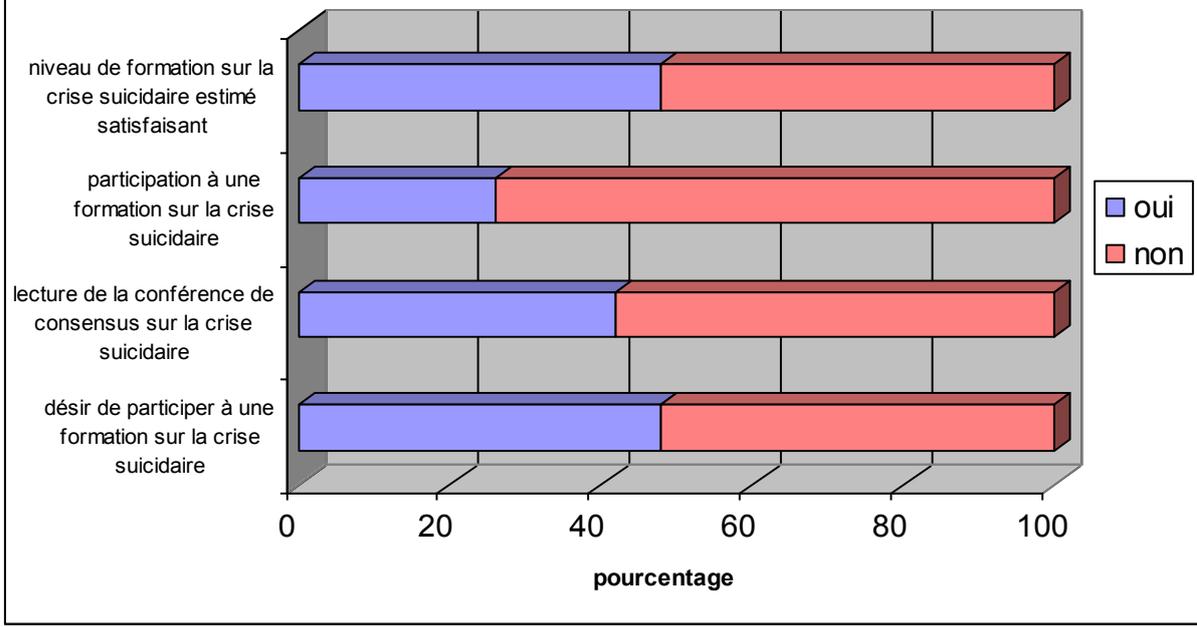
2.7. La formation des médecins généralistes sur la prise en charge de la crise suicidaire chez la personne âgée.

Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés se déclarent insuffisamment formés sur la prise en charge de la crise suicidaire chez la personne âgée. La quasi-totalité de ces médecins se déclarent prêts à participer à une formation sur ce thème.

La très grande majorité des médecins s'estimant correctement formés sur ce sujet avait soit participé à une formation sur la gestion de la crise suicidaire (22%), soit lu la conférence de consensus d'octobre 2000 sur la crise suicidaire (39%). (figure 35)

Ceci souligne donc l'intérêt de poursuivre des stages de formation sur cette thématique.

figure 35: Formation des médecins généralistes sur la crise suicidaire



3. Discussion :

Cette enquête met donc en évidence que les caractéristiques sémiologiques de la dépression de la personne âgée sont insuffisamment connues par les médecins généralistes, ce qui conduit à un sous-diagnostic de la dépression dans cette tranche d'âge et donc à une sous-estimation du risque suicidaire.

D'autre part, malgré l'existence d'échelles de dépression spécifiques à la personne âgée et adaptées à la pratique quotidienne du médecin généraliste, comme la mini-GDS, on peut déplorer une sous-utilisation de ces échelles dans le dépistage de la dépression de l'âgé en médecine générale.

La recherche systématique par les médecins généralistes d'idées suicidaires chez la personne âgée dépressive est loin d'être la règle. Cette constatation pourrait s'expliquer en partie par le fait que certains généralistes sont en accord avec l'idée reçue que parler du suicide peut inciter au passage à l'acte.

Il existe une profonde inégalité entre la prise en charge de la dépression de la personne âgée et celle de l'adulte plus jeune. La dépression du sujet âgé est moins bien traitée : les antidépresseurs sont moins prescrits et souvent à des doses plus faibles. D'autre part, la prise en charge psychothérapique et psychiatrique est trop peu proposée. Cependant, le recours aux structures de psychogériatrie apparaît être bien ancré dans la pratique des médecins généralistes.

Les facteurs de risque suicidaire de l'âgé semblent relativement bien connus et recherchés par les médecins généralistes mais des critères fondamentaux de l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité comme l'évaluation du degré d'intentionnalité, du niveau de détermination, de l'ambivalence et de la présence de moyens létaux à disposition ne sont pas suffisamment explorés pour évaluer le potentiel suicidaire.

Les médecins les mieux formés sur ce sujet avaient soit lu la conférence de consensus sur la crise suicidaire, soit participé à une formation sur ce thème. La plupart de médecins ne s'estimant pas assez formés sur le sujet se déclarent prêts à effectuer une formation. Ceci souligne l'intérêt de poursuivre ces formations.

Les actions de prévention du suicide de la personne âgée en direction des médecins généralistes doivent donc insister sur :

- la formation des médecins généralistes aux particularités sémiologiques de la dépression du sujet âgé.
- l'intérêt de l'utilisation des échelles de dépression spécifiques à l'âge, dans la pratique courante de la médecine générale.
- l'intérêt de rechercher explicitement et systématiquement des idées suicidaires chez les sujets âgés dépressifs et la nécessité de lutter contre l'idée reçue qui dit que parler du suicide peu inciter au passage à l'acte.
- l'intérêt de prescrire un traitement antidépresseur et de rechercher la posologie efficace.
- l'efficacité des psychothérapies brèves, notamment de type cognitivo-comportementales, chez la personne âgée dépressive en association aux traitements antidépresseurs.
- l'intérêt de communiquer aux personnes âgées déprimées des coordonnées de réseaux d'accueil et d'écoute spécialisés. Pour faciliter l'accès à ces services, une réflexion serait à mener sur l'élaboration d'un numéro d'accueil et d'écoute unique connu de tous et disponible 24h/24.

CONCLUSION

Le suicide de la personne âgée n'est pas un phénomène exceptionnel dans notre société. Il est souvent méconnu du grand public principalement du fait d'un « paradoxe » : le taux de suicide augmente avec l'avancée en âge alors que sa part dans la mortalité générale diminue.

La violence des moyens utilisés par nos aînés pour se suicider ainsi que les forts taux de réussite des suicides traduisent la profonde volonté d'aboutir à la mort. Le passage à l'acte n'a donc que très rarement valeur de signal d'alarme, d'où l'importance d'intervenir en amont dans le dépistage de la crise suicidaire.

Le suicide de la personne âgée résulte d'une problématique multifactorielle où s'intriquent des phénomènes biomédicaux (en particulier la dépression), psychopathologiques (l'échec du travail du vieillissement) et sociaux (l'isolement et le manque de rôle social de l'âgé).

Le suicide du sujet âgé n'est pas une fatalité. Sa prévention est possible mais complexe et doit être envisagée au sein d'une véritable politique de santé publique.

D'un point de vue purement médical, l'amélioration de la prévention du suicide de l'âgé passe principalement par un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge de la dépression par les médecins généralistes. Il faut également insister sur l'importance de la recherche systématique et explicite des idées suicidaires chez toute personne âgée dépressive.

D'autre part, il faut lutter contre la tendance actuelle qui fait du suicide de la personne âgée un phénomène socialement acceptable : il est important de ne pas oublier qu'il est tout aussi tragique que celui des plus jeunes car il traduit un authentique état dépressif responsable de la même souffrance et du même désespoir de l'individu.

Depuis une vingtaine d'années, on constate une baisse des taux de suicide chez le sujet âgé. Toutefois, le vieillissement inéluctable de la population peut faire craindre, au cours des prochaines décennies, une majoration des problèmes médico-sociaux de cette population. Il apparaît ainsi primordial de poursuivre les formations sur ce thème.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

ENQUETE SUR LA PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE ET SUR L'EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE DES PERSONNES AGEES (> 75 ans) EN MEDECINE GENERALE

- Age :
- Sexe: F M
- Mode d'exercice : rural semi-rural urbain
- Durée d'exercice : < 5 ans de 5 à 10 ans de 11 à 20 ans > 20ans

1. Dans cette liste, choisissez, selon vous, les quatre symptômes les plus caractéristiques de la dépression de la personne âgée et classez les par ordre de fréquence de 1 à 4

N°	Symptômes			repli, isolement
	tristesse			plaintes somatiques diverses : anorexie, douleur, troubles du sommeil
	vécu de solitude intense subjective, sentiment de vide			sentiment d'inutilité
	ralentissement psychomoteur			plaintes mnésiques
	réduction fluidité verbale			sentiment de culpabilité
	troubles du comportement : troubles caractériels, délire persécutif, état confusionnel			expression d'une douleur morale
	démotivation, désespoir, pessimisme			autres :
	idées suicidaires			

2. Utilisez-vous des échelles de dépression pour diagnostiquer ou évaluer la sévérité d'un état dépressif chez la personne âgée ?

Oui

Non

Si oui, laquelle :

3. Chez une personne âgée dépressive recherchez-vous des idées suicidaires ?

Toujours

Parfois

Jamais

4. Pensez-vous que parler du suicide à une personne âgée déprimée peut l'inciter à passer à l'acte ?

Oui

Non

Ne sait pas

5. Chez une personne âgée dépressive recherchez-vous les facteurs de risques suicidaires suivants :

	oui	non
ATCD personnels de TS		
ATCD familiaux de TS		
Pb de santé physique, douleur handicap		
Violences, maltraitance		
Alcoolisme, prise de toxiques		
Troubles psychiatriques		
Isolement social ou affectif		
Placement en institution		
Deuil, séparation		

6. Devant un état dépressif chez une personne âgée, êtes vous plus réticent que chez un adulte de moins de 75 ans à :

	OUI	NON	Si OUI POURQUOI ?
Aborder le sujet du suicide			
Prescrire un antidépresseur			
Augmenter la posologie de l'antidépresseur afin d'obtenir la meilleure efficacité			
Proposer une prise en charge psychothérapique			
Adresser à un psychiatre			
Hospitaliser en psychiatrie			

7. En cas de difficultés dans la prise en charge d'une personne âgée dépressive, vous arrive t-il de faire appel à des structures de psycho-gériatrie ?

Oui

Non

8. Avez-vous déjà été confronté, au cours d'une de vos consultations, à une personne âgée présentant des idées suicidaires ?

Oui

Non

9. Avez-vous été confronté, chez des personnes âgées de plus de 75 ans de votre patientèle, à :

- des suicides

Oui

Non

- des tentatives de suicides

Oui

Non

Si oui, aviez-vous repéré des indices de « crise suicidaire » ?

Toujours

Parfois

Jamais

Et si oui, quels étaient ces indices ?

10. Si vous avez déjà été confronté à une personne âgée présentant des idées suicidaires :

10.1 Avez-vous évalué le potentiel suicidaire en recherchant :

	OUI	NON
-le niveau de souffrance (désespoir, repli sur soi, sentiment de dévalorisation).		
-des éléments d'impulsivité (agitation, agressivité, alcoolisation).		
-un éventuel élément précipitant de la crise (conflit, échec, rupture, perte, deuil).		
-le degré d'intentionnalité suicidaire, c'est-à-dire où en est la personne dans son processus suicidaire (flash, idées suicidaires occasionnelles, ruminations, scénario précis en sachant où, quand et comment).		
-le niveau de détermination : existence ou non d'une ambivalence ? recherche d'aide ?		
-la qualité du soutien de l'entourage proche (disponibilité et capacité d'aide)		
-la présence de moyens létaux à disposition de la personne ? (Arme à feu, corde, médicaments ...)		

10.2 Avez-vous donné des coordonnées (notamment téléphoniques) de réseau d'accueil et d'écoute disponible 24h/24h ?

Oui Non

11. Vous estimez-vous suffisamment formé pour prendre en charge, lors d'une première consultation, une personne âgée présentant des idées suicidaires ?

Oui Non

12. Avez vous lu la conférence de consensus de l'ANAES (HAS) sur la crise suicidaire (oct 2000) ?

Oui Non

13. Avez-vous déjà participé à une formation sur la prise en charge de la crise suicidaire ?

Oui Non

Si Non, souhaiteriez-vous participer à une formation sur la prise en charge de la crise suicidaire ?

Oui Non

14. Commentaires libres au dos de la feuille :

Annexe 2 : Echelle de dépression de Hamilton

1-Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

0 = absent

1 = ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet

2 = ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément

3 = le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs)

4 = le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales

2-Sentiments de culpabilité

0 = absent

1 = s'adresse des reproches à lui-même, à l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens

2 = idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables

3 = la maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité

4 = entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

3-Suicide

0 = absent

1 = a l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue

2 = souhaite être mort ou équivalent: toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même

3 = idées ou gestes de suicide

4 = tentatives de suicide

4-Insomnie du début de nuit

0 = absent

1 = se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir

2 = se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

5-Insomnie du milieu de nuit

0 = pas de difficulté

1 = le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit

2 = il se réveille pendant la nuit

6-Insomnie du matin

0 = pas de difficulté

1 = se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort

2 = incapable de se rendormir s'il se lève

7-Travail et activités

0 = pas de difficulté

1 = pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente

2 = perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations

3 = diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité
4 = a arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle

8-Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 = langage et pensées normaux
1 = léger ralentissement à l'entretien
2 = ralentissement manifeste à l'entretien
3 = entretien difficile
4 = stupeur

9-Agitation

0 = aucune
1 = crispations, secousses musculaires
2 = joue avec ses mains, ses cheveux etc..
3 = bouge, ne peut rester assis tranquille
4 = se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres

10-Anxiété psychique

0 = aucun trouble
1 = tension subjective et irritabilité
2 = se fait du souci à propos de problèmes mineurs
3 = attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
4 = peurs exprimées sans que l'on pose de questions

11-Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 = absente
1 = discrète
2 = moyenne
3 = grave
4 = frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

12-Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 = aucun
1 = perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale
2 = A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques

13-Symptômes somatiques généraux

0 = aucun
1 = lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. perte d'énergie et fatigabilité
2 = si n'importe quel symptôme est net

14-Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0 = absents
1 = légers
2 = graves

15-Hypochondrie

0 = absente

1 = attention concentrée sur son propre corps

2 = préoccupations sur sa santé

3 = plaintes fréquentes, demandes d'aide

4 = idées délirantes hypochondriaques

16-perte de poids

A: selon les dires du malade

0 = pas de perte de poids

1 = perte de poids probable liée à la maladie actuelle

2 = perte de poids certaine

B: appréciée par pesées

0 = moins de 500 g de perte de poids par semaine

1 = plus de 500 g de perte de poids par semaine

2 = plus de 1 kg de perte de poids par semaine

17-Prise de conscience

0 = reconnaît qu'il est déprimé et malade

1 = reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos etc..

2 = nie qu'il est malade

TOTAL

Résultats:

Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci.

Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Annexe 3: La M.A.D.R.S. (Montgomery and Asberg Rating Scale)

La M.A.D.R.S. est une échelle d'hétéro-évaluation de la dépression en 10 items. Courte, d'un emploi facile, elle fournit un bon indice de gravité globale de la dépression et est sensible au changement.

Cotation

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Les valeurs impaires représentent des états intermédiaires. Il suffit d'additionner les notes obtenues à chaque item.

Le score de seuil de dépression se situe le plus souvent à 18.

Consignes

L'évaluation sera basée sur un entretien clinique avec un interrogatoire allant des questions générales sur les symptômes à des questions plus détaillées qui permettront une appréciation précise de leur sévérité. Le médecin chargé de l'évaluation doit décider si celle-ci doit reposer sur les points de l'échelle bien définis ou sur les points intermédiaires. Pour chaque rubrique, cocher le chiffre qui caractérise l'état du patient.

1- Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

0. Pas de tristesse.
- 1.
2. Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.
- 3.
4. Parait triste et malheureux la plupart du temps.
- 5.
6. Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2- Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

0. Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
2. Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.

- 3.
4. Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 5.
6. Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3- Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

0. Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1.
2. Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3.
4. Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5.
6. Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4- Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

0. Dort comme d'habitude.
- 1.
2. Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- 3.
4. Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5.
6. Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5- Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

0. Appétit normal ou augmenté.
- 1.
2. Appétit légèrement réduit.
- 3.
4. Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5.
6. Ne mange que si on le persuade.

6- Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

0. Pas de difficultés de concentration.
- 1.
2. Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3.
4. Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5.
6. Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7- Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

0. Guère de difficultés à se mettre en route.
- 1.
2. Difficultés à commencer des activités.
- 3.

4. Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5.
6. Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8- Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

0. Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1.
2. Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.
- 3.
4. Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5.
6. Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

9- Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

0. Pas de pensées pessimistes.
- 1.
2. Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- 3.
4. Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou de péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5.
6. Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10- Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

0. Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.

1.

2. Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.

3.

4. Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.

5.

6. Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Annexe 4 : Echelle de Dépression Gériatrique de Yesavage (GDS), forme à 30 items.

Échelle d'auto-évaluation de l'humeur

GDS, Geriatric Depression Scale, de T.L. Brink et J.A. Yesavage

Nom et Prénom

Date

Âge

Sexe

01 - Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui		non	*
02 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	*	non	
03 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	*	non	
04 - Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	*	non	
05 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	oui		non	*
06 - Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?	oui	*	non	
07 - Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui		non	*
08 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?	oui	*	non	
09 - Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	oui		non	*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide dans vos activités ?	oui	*	non	
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?	oui	*	non	
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	oui	*	non	
13 - L'avenir vous inquiète-t-il ?	oui	*	non	
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	*	non	
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	oui		non	*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui	*	non	
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?	oui	*	non	
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé ?	oui	*	non	
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante ?	oui		non	*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	oui	*	non	
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie ?	oui		non	*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui	*	non	
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui	*	non	
24 - Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails ?	oui	*	non	
25 - Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?	oui	*	non	
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui	*	non	
27 - Êtes-vous content(e) de vous lever le matin ?	oui		non	*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées ?	oui	*	non	
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui		non	*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?	oui		non	*
Total			+	

* Attribuer un point quand la case près de l'astérisque est cochée et faire la somme.

Score

Si le score est :

- entre 15 et 22 on conclut à une dépression légère ;
- quand il dépasse 22 il peut s'agir d'une dépression sévère.

Annexe 5 : Echelle de Dépression Gériatrique de Yesavage, forme abrégée en 15 items.

NB : Cocher la réponse, le score est entre les crochets	[0]	[1]
Q 1 : Etes-vous dans l'ensemble satisfait de votre vie ?	Oui [0]	Non [1]
Q 2 : Avez-vous renoncé à nombre de vos activités et intérêts ?	Oui [1]	Non [0]
Q 3 : Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	Oui [1]	Non [0]
Q 4 : Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui [1]	Non [0]
Q 5 : Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui [0]	Non [1]
Q 6 : Avez-vous peur qu'il ne vous arrive quelque chose de mauvais ?	Oui [1]	Non [0]
Q 7 : Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	Oui [0]	Non [1]
Q 8 : Vous sentez-vous souvent faible et dépendant ?	Oui [1]	Non [0]
Q 9 : Préférez-vous rester chez vous, plutôt que de sortir et faire quelque chose de nouveau?	Oui [1]	Non [0]
Q 10 : Estimez-vous avoir plus de troubles de la mémoire que la plupart des gens ?	Oui [1]	Non [0]
Q 11 : Vous dites vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment ?	Oui [0]	Non [1]
Q 12 : Vous sentez-vous inutile tel que vous êtes aujourd'hui ?	Oui [1]	Non [0]
Q 13 : Vous sentez-vous plein d'énergie ?	Oui [0]	Non [1]
Q 14 : Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui [1]	Non [0]
Q 15 : Croyez-vous que la plupart des gens soient plus à l'aise que vous ?	Oui [1]	Non [0]
"Compter 1 pour : Non" aux questions 1, 5, 7, 11, 13 - "Oui" aux autres questions Score	score/15	
Normal	3 +/- 2	
Légèrement dépressif...	7 +/- 3	
Très dépressif.....	12 +/- 2	

D'après Sheikh JL, Yesavage JA : " Geriatric depression scale (gds) : Recent evidence and development of a shorter version", in Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and intervention, édité par TL Brink. Binghamton, NY, Haworth Press, 1986, pp 165-173. ©

Annexe 6 : MiniGDS

Vous sentez vous souvent découragé(e) et triste?	OUI*	NON
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	OUI*	NON
Etes-vous heureux(se) la plupart du temps?	OUI	NON*
Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	OUI*	NON

Si une * = forte probabilité de dépression

Si aucune * = forte probabilité d'absence de dépression

Annexe 7 : Echelle de Cornell

Echelle d'évaluation de l'humeur : Echelle de Cornell	
L'échelle de Cornell permet de rechercher une dépression chez les patients présentant une démence. En effet la maladie d'Alzheimer et les autres démences peuvent s'accompagner de dépression.	
Système de notation : a = impossible à évaluer ; 0 = absent ; 1 = modéré ou intermittent ; 2 = sévère.	
A - Troubles de l'humeur	a 0 1 2
1 - Anxiété : Expression anxieuse, inquiétude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 - Tristesse : Expression triste, voix triste, au bord des larmes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 - Manque de réaction aux événements plaisants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 - Irritabilité : Facilement irrité, facilement en colère	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B - Troubles du comportement	
5 - Agitation : Impatience, mouvements de frottement des mains	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 - Ralentissement moteur : Mouvements ralentis, discours ralenti, lenteur des réactions	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 - Plaintes fonctionnelles multiples (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 - Perte d'intérêt : Moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C - Signes physiques	
9 - Diminution de l'appétit : S'alimente moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 - Perte de poids : (coter 2 si perte supérieure à 2 kg en un mois)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 - Manque d'énergie : Se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D - Modification des rythmes	
12 - Variations de l'humeur dans la journée : Symptômes plus intenses le matin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 - Difficultés d'endormissement : Endormissement plus tardif que d'habitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 - Nombreux réveils nocturnes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15 - Réveil matinal précoce : Réveil plus tôt que d'habitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E - Troubles idéatoires	
16 - Suicide : Sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, désir de suicide, tentative de suicide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17 - Auto-dépréciation : Auto-accusation, diminution de l'estime de soi, sentiment d'échec	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18 - Pessimisme : S'attend au pire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19 - Délire congruent à l'humeur : Incurabilité, ruine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score total en l'absence de "a"	<input type="text"/>

Annexe 8 : Critères DSM IV de la dépression

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. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toutes 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.

Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

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'Episode 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 (une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. 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.

Annexe 9 : Les critères de Wells

Dépression	Démence
<ul style="list-style-type: none">-la famille est consciente des troubles-le début est daté avec précision-les troubles sont récents-l'aggravation est rapide-le patient se plaint beaucoup-les symptômes sont détaillés-le patient majore ses incapacités-le patient exprime une intense détresse-les réponses « je ne sais pas » sont typiques-variabilité des performances cognitives	<ul style="list-style-type: none">-la famille n'est pas consciente des troubles-le début est flou-les troubles sont anciens-l'évolution est lente-le patient se plaint peu-les symptômes sont flous-le patient minore ses incapacités-le patient paraît peu concerné-les réponses « à côté » sont fréquentes-constance des faibles performances

BIBLIOGRAPHIE

1. **ALEXOPOULOS G.S.** Geriatric depression reaches maturity. Intern J Geriatr Psychiatr, 1992, n°7, p 305-306.
2. **ANDRIAN J.** - Le suicide des personnes âgées de plus de 55 ans. Revue Française des affaires sociales, 1988, n° 4, p 121-153.
3. **ANDRIAN J.** - Le suicide des personnes âgées de plus de 55 ans : Lever un tabou. La vie sociale, 1991, n° 1-2, p 17-34.
4. **ANDRIAN J.** -Le suicide des personnes âgées- Gérontologie et société, septembre 1999, n°90, p 49-68.
5. **ANGUIS M, CASES C, SURAULT P.** -L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération - Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) Etudes et Résultats, août 2002, n° 185, 8 p.
6. **AUBIN-BRUNET V, JOUVENT R.** – Méthodologies d'évaluation de la dépression chez l'âgé. Les dépressions du sujet âgé. MASSON, 1996, p 43-70.
7. **AZORIN J-M.** Place des psychothérapies dans le traitement de la dépression du sujet âgé. Les dépressions du sujet âgé. MASSON, 1996, p 115-128.
8. **BADEYAN G, PARAYRE C.** : Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) Etudes et Résultats, avril 2001, n° 109, 8 p.
9. **BAILLET C, BOUCLIER H, BARAKE H.** Des équivalents suicidaires chez la personne âgée- Sem Hopitaux de Paris, 1994, n° 23-24, p 691-695.
10. **BERRUT G.** – syndrome de glissement : son diagnostic et sa prise en charge dans le cadre de la dépression. Repères en gériatrie, avril 2006, volume 8, p 184-193.
11. **BILLE M.** – Vieillir une chance ? Suicide et traitement social des personnes âgées. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, octobre 2005, Tome IX, n°89, p41-43.
12. **BOIFFIN A.** - Suicide des personnes âgées. La revue de médecine, avril 1982, Vol. XXIII, n° 15, p 771-774.
13. **BOIFFIN A.** Les divers visages de la dépression chez le sujet âgé. Gérontologie et société, 1988, cahier n° 46.
14. **CASADEBAIG F, RUFFIN D, PHILIPPE A.** Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2003, vol. 51, n°1, p 55-64.

- 15. CHAPPERT J.-., PEQUIGNOT F, PAVILLON G, JOUGLA E.** Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, avril 2003, n° 30, 45 p.
- 16. CHAPPELLON S.** Suicide et tentative de suicide dans les Pays de la Loire. Actualité et dossier en santé publique, mars 1997, n°18.
- 17. CHAUVEL L.** L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? Revue française de sociologie, 1997, p 681-734.
- 18. Circulaire DGS/SD 6 C** relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : Actions prioritaires pour 2001, 5 juillet 2001, n° 2001-318, 15 p.
- 19. CLEMENT J-P, BONIN-GUILLAUME S, LEGER J-M.** Faits et recherches sur la dépression du sujet âgé. L'année gérontologique, 1995, p 127-38.
- 20. Conférence de consensus La crise suicidaire :** reconnaître et prendre en charge. Texte des recommandations. Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière – Paris, 19 et 20 octobre 2000, 31 p.
- 21. CONWELL Y.** Suicide in the elderly: When is it rational crisis, 1993.
- 22. DEBOUT M.** Le suicide des personnes âgées. La santé de l'homme, mai -juin 2002, n° 359, p48-49.
- 23. DE LEO D, HICKEY P, MENEGHEL G.** Dépression et suicide du sujet âgé. Perspectives en psychiatrie de la personne âgée: la dépression, 2001, p 89-103.
- 24. DELOMIER Y, FAURE J-CI.** Le syndrome de glissement- La revue de gériatrie, 1978, 6, p 289-296.
- 25. DOUGUET F.** Le suicide des personnes âgées. Recension de la littérature (France Canada)- Etude destinée à la Direction Départementale Des Affaires Sanitaires et Sociales du Finistère Promotion de la Santé, 2001, 94 p.
- 26. DURET L.** Les conduites suicidaires de la personne âgée : un échec au vieillissement ? Thèse de psychiatrie, 1998.
- 27. Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes -ENSP-** La prévention du suicide des personnes âgées, 2002, 44 p.
- 28. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé : FNORS.** Les suicides. La santé observée dans les régions de France, 2000, chapitre 8.5, 10 p.
- 29. FERREY G.** Renoncement à la vie. Syndrome de glissement et autres refus de vivre. Soins gérontologie, 1998, n°14, p 3-13.

- 30. FERREY G, TAURAND Ph, PORTET L.** Le syndrome de Diogène : efforts de délimitation psychopathologique chez les adultes âgés. Applications à la prise en charge. La revue francophone de Gériatrie et de gérontologie, février 2005, tome XII, n° 112, p 58-69.
- 31. FREMOND P.** Le suicide chez la personne âgée. Silence et idées fausses. Zénith magazine, 1998,3, p 21-23.
- 32. HANTOUCHE E.** Risque suicidaire chez le sujet âgé. Gazette médicale, 1989, vol 96, n° 41, p 47-53.
- 33. HARRISON R, SALVA N, KAFESZ K.** Dementia, depression and physical disability in a London borough: survey of elderly people in and out of residential care and implications for future developments. Age Ageing, 1990, 21, p 97-103.
- 34. HANON C.** Le syndrome de Diogène. Soins Gérontologie, juillet/août 2006, n° 60, p 20-23.
- 35. HAZIF-THOMAS C, THOMAS Ph.** L'importance de la dépression et les moyens de la dépister chez les personnes âgées- Esculape,[consulté en janvier 2007] disponible sur : <http://www.esculape.com/>
- 36. JOUGLA E.** Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. Adsp, décembre 2003, n° 45, p 31-38.
- 37. KATZ I.R, LECHER E, KLEBAN M, JETHANANDANAI V, PARMELEE P.** Clinical features of depression in a nursing home. Int Psychogeriatr, 1989,1, p 5-15.
- 38. LEGER J.-M, TESSIER J.-F, THERME J.-F.** Le suicide du sujet âgé. La revue du praticien, 1987, Vol. 37, n° 13, p 731-736.
- 39. LEGER JM, CLEMENT JP.** La dépression et la vieillesse. L'encéphale, 1992, tome XVII, p 511-516.
- 40. LEGER JM, OUANGO JG.** Dépister et prévenir le suicide et la dépression chez le sujet âgé. Masson, 2002, p 182-193.
- 41. LEMPERIERE T.** Dépression et suicide. Edit Paris : Acanthe/ Masson, 2000.
- 42. LEON V.** Le syndrome de Diogène. Repères en gériatrie, décembre 2006, vol 8, n° 66, p 413-417.
- 43. LIVINGSTON G, HAWKINS A, GRAHAM.** The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. Psycho. Med, 1990, 20, p 137-146.
- 44. MAISONDIEU J.-M.** La démence existe-t-elle ? Psychiatrie Française, 1982, Vol. 13, n° 5, p 35-45.
- 45. MALAUZAT D.** Thérapeutiques biologiques de la dépression du sujet âgé. Masson, octobre 1995, p 95-114.

- 46. MANCKOUDIA P, MOUREY F, PFITZENMEYER P.** Le syndrome de désadaptation psychomotrice. Repères en gériatrie, janvier 2007, volume 9, n°67, p 18-24.
- 47. MICHEL.** Peut-on et doit-on répondre à toutes les demandes de la personne âgée dans le contexte d'une relation d'aide et de soin ? Ecole Nationale de Santé Publique, Module Interprofessionnel de santé Publique, 2001, thème n°9, 30 p.
- 48. MOUQUET M-C, BELLAMY V.** Suicides et tentatives de suicide en France. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Etudes et Résultats n° 488, mai 2006, 8 p.
- 49. MOUREY F, MANCKOUDIA P, PFITZENMEYER P.** La désadaptation psychomotrice du sujet âgé : comment la prendre en charge ? Repères en gériatrie, septembre 2004, n°43, p 22-25.
- 50. MONFORT J.** La dépression du sujet âgé : revue bibliographique. Revue médicale de l'assurance maladie, 1995, p 11-25.
- 51. MONFORT J.** Le syndrome de glissement existe-t-il ? Gérontologie pratique, avril 1998, n°96, 5 p.
- 52. MONFORT J.** Syndrome de glissement étiologie et traitement. Gérontologie pratique, mai 1998, n° 97, 5 p.
- 53. MONTFORT J.** Avant propos sur la crise suicidaire chez la personne âgée. Soins gérontologie, juin 2001, n°29, p 13-14.
- 54. NIZARD A, BOURGOIN N, DE DIVONNE G.** Suicide et mal être social. Population et Sociétés, 1998, n° 334, 4 p.
- 55. PAILLE F, MAHEUT-BOSSER A, HANESSE B.** Les antidépresseurs dans le traitement de la dépression de la personne âgée. La médecine basée sur les preuves. Neurologie -Psychiatrie - Gériatrie, Année 4, 2004, p 9-34.
- 56. PANCRAZI M-P, METAIS P,** Repérer et traiter la dépression du sujet âgé. La revue francophone de Gériatrie et de gérontologie, décembre 2004, Tome XI, n°110, p 501-509.
- 57. PEDINIELLI J.-L, LERNOUT P, MOROY F.** Les crises suicidaires chez les personnes âgées : narcissisme, deuil et trépas. Psychologie Médicale, 1985, vol. 17, n° 8, p 1137-1140.
- 58. PELICIER Y.** Le suicide au cours du troisième âge. Actualité gérontologique, 1978, n° 15, p 54-57.
- 59. PELICIER Y.** Le sujet âgé et la mort. Actualités psychiatriques, 1986, n° 7, p 35-37.
- 60. PELICIER Y.** Le syndrome de désinvestissement du sujet âgé. La revue de gériatrie, 1981, tome 6, n°7, p 325-328.
- 61. PRINGENT Y.** Le suicide des personnes âgées, comment le prévenir. L'aide soignante, janvier, 2005,n°63.

- 62. REYNOLDS C- F.** Treatment of depression in late life. *Am. J. Med*, dec, 1994, 97(suppl.6A), p 39-46.
- 63. SAGNE A.** Dossier la crise suicidaire chez la personne âgée. Folie sécuritaire et évaluation du risque en institution. *Soins gérontologie*, juin 2001, n°29, p 25-28.
- 64. SIEGEL K, TUCKEL P.** Rational suicide and the terminally ill cancer patient. 1984 - 1985, vol.15, n°1-4, p 263-269.
- 65. STENAGER E.** Attempt suicide, depression and physical diseases: a year follow up. *Psychoth Psychosom*, 1994, 61, p 65-73.
- 66. TERRA J-L.** Prévenir le suicide : repérer et agir. *Adsp*, décembre 2003, n° 45, p 20-24.
- 67. TESSIER J.-F, CLEMENT J.-P, LEGER J.-M.** Le corps comme outil du suicide : Approche d'une modalité suicidaire chez l'âgé. *Psychologie Médicale*, 1989, vol. 21, n° 4, p 512-516.
- 68. THIERRY X.** Risque de mortalité et de surmortalité au cours des dix dernières années de veuvage. *Population*, 1999, n°2, p 176-204.
- 69. THIERRY X.** Mortel veuvage. Risques de mortalité et causes médicales des décès aux divers moments de veuvage. *Gérontologie et société*, 2000, n°95, p 27-45.
- 70. THOMAS J.** Dossier la crise suicidaire chez la personne âgée. Les facteurs de risque, de vulnérabilité chez le sujet âgé. *Soins gérontologie*, juin 2001, n°29, p 15-17.
- 71. THOMAS J.** Dossier la crise suicidaire chez la personne âgée. La crise suicidaire. *Soins gérontologie*, juin 2001, n°29, p 18-19.
- 72. WERTH J.L** Rational suicide? Implications for Mental Health Professionals, Washington, DC: Taylor & Francis 1996.
- 73. WOLMARK G.** Le suicide passif : une réalité chez le vieillard. *Actualité en gérontologie*, 1984, n°38, p26-28.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

- Figure 1 : Nombre de décès par suicide enregistrés en 1997
- Figure 2 : Taux de décès par suicide selon le sexe et l'âge en France en 1999
- Figure 3 : Pourcentage des décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès (France 1999)
- Figure 4 : Répartition selon le sexe et l'âge des tentatives de suicide prises en charge par les UMP, et/ou la psychiatrie de liaison en Bretagne en 2005
- Figure 5 : Modes de suicide âge et sexe confondus en 1997
- Figure 6 : Modes de suicide chez les hommes selon l'âge en 1997
- Figure 7 : Fréquence des différents modes de suicide chez les hommes de 75 à 84 ans
- Figure 8 : Modes de suicide chez les femmes selon l'âge en 1997
- Figure 9 : Fréquence des différents modes de suicide chez les femmes de 75 ans à 84 ans
- Figure 10 : Evolution du taux de suicide masculin (pour 10 000) par tranches d'âge de 1968 à 1998
- Figure 11 : Evolution du taux de suicide féminin (pour 10 000) par tranches d'âge de 1968 à 1998
- Figure 12 : Distribution des taux de mortalité par suicide pour 100 000habitants par sexe, âge et statut matrimonial en 1997
- Figure 13 : Taux de décès de cause indéterminée par sexe et classes d'âge France 1999
- Figure 14 : Disparités régionales de la mortalité par suicide 2000-2002
Comparaison des taux standardisés (1) régionaux à la moyenne métropolitaine
- Figure 15 : Distribution des taux de décès par suicide des plus de 65 ans pour 100 000 habitants par tranche d'âge dans six départements entre 1989 et 1996
- Figure 16 : Indices comparatifs de mortalité par suicide par zone d'emploi dans les Pays de la Loire en 1988-1992
- Figure 17 : Comparaison des taux de décès par suicide des plus de 65 ans pour 100 000 habitants dans plusieurs pays entre 1992 et 1995
- Figure 18 : Répartition des médecins généralistes enquêtés en fonction de leur sexe
- Figure 19 : Répartition des médecins généralistes enquêtés en fonction de leur âge
- Figure 20 : Répartition des médecins généralistes enquêtés en fonction de leur mode d'exercice

Figure 21 : Lieu d'exercice des médecins généralistes en France métropolitaine

Figure 22 : Les symptômes les plus caractéristiques de la dépression de la personne âgée pour les médecins généralistes enquêtés

Figure 23 : Utilisation des échelles de dépression par les médecins généralistes enquêtés

Figure 24 : La recherche des idées suicidaires chez une personne âgée dépressive

Figure 25 : Parler du suicide à une personne âgée dépressive peut-il l'inciter à passer à l'acte ?

Figure 26 : La recherche des facteurs de risques suicidaires chez la personne âgée pour les médecins généralistes enquêtés

Figure 27 : Les réticences des médecins généralistes dans la prise en charge de la dépression de la personne âgée

Figure 28 : L'utilisation des structures de psychogériatrie par les médecins généralistes

Figure 29 : La progression de la crise suicidaire

Figure 30 : Modélisation de la crise suicidaire

Figure 31 : Confrontation des médecins interrogés face aux idées suicidaires, aux tentatives de suicide et aux suicides des personnes âgées

Figure 32 : La présence d'indices de crise suicidaire

Figure 33 : Les critères recherchés par les médecins généralistes pour évaluer le potentiel suicidaire de la personne âgée

Figure 34 : La communication de coordonnées de réseau d'accueil et d'écoute disponible 24h/24

Figure 35 : Formation des médecins généralistes sur la crise suicidaire

Tableau 1 : Effectifs des décès par suicide par sexe et classe d'âge en 1997

Tableau 2 : Ratio homme-femme du suicide en France en classe d'âge en 1999

Tableau 3 : Nombre de tentatives de suicide pour un suicidé selon le sexe et l'âge

Tableau 4 : Part des modes de décès au sein des suicides, par sexe (France, 1996-1999)

Tableau 5 : Évolution des taux de décès par suicide entre les périodes 1980-1983 et 1996-1999, par sexe et classe d'âge (France)

Tableau 6 : Evolution des taux de suicide entre 1983 et 2002 selon le sexe et l'âge

Tableau 7 : Evolution du taux de mortalité par suicide selon l'âge dans les Pays de la Loire entre 1981 et 2001.

Tableau 8 : Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge en France métropolitaine et dans les Pays de la Loire en 2006 (DREES)

**PREVENTION DU SUICIDE ET EVALUATION DU POTENTIEL
SUICIDAIRE DE LA PERSONNE AGEE EN MEDECINE GENERALE.**

RESUME :

Le suicide du sujet âgé n'est pas un phénomène exceptionnel dans notre société. Pourtant, il est souvent méconnu du grand public. Il survient de façon quasi-constante dans le cadre d'un syndrome dépressif où s'intriquent une problématique sociale (l'isolement et le manque de rôle social de l'âgé) et des mécanismes psychopathologiques (l'échec du travail du vieillissement).

Cette enquête réalisée auprès de 56 médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée met en évidence que les particularités sémiologiques de la dépression de la personne âgée sont insuffisamment connues des médecins généralistes. De plus, la dépression du sujet âgé est moins bien traitée que chez l'adulte plus jeune : les antidépresseurs sont moins prescrits et la prise en charge psychothérapeutique et psychiatrique est trop peu proposée.

Enfin, les critères fondamentaux de l'évaluation du potentiel suicidaire comme l'évaluation du degré d'intentionnalité, du niveau de détermination et de la présence de moyens létaux à disposition ne sont pas suffisamment explorés par les médecins généralistes enquêtés.

MOTS CLES : Suicide
 Personnes âgées
 Prévention du suicide
 Crise suicidaire
 Evaluation du potentiel suicidaire