



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

***Analyse de la littérature médicale française et internationale
sur la dépression et le suicide des personnes âgées.***

Analyse effectuée en appui de l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, repérage, accompagnement ».

Sommaire

1.	Définitions	- 4 -
a.	Le suicide	- 4 -
b.	Les équivalents suicidaires	- 5 -
c.	La crise suicidaire.....	- 5 -
2.	Epidémiologie	- 7 -
a.	Epidémiologie des pensées suicidaires	- 7 -
b.	Epidémiologie des tentatives de suicide	- 8 -
c.	Epidémiologie de la mortalité par suicide.....	- 8 -
d.	Modes de passage à l'acte	- 11 -
✓	Pour les suicides aboutis	- 11 -
✓	Pour les tentatives de suicide.....	- 12 -
e.	Comparaison par rapport à d'autres pays.....	- 14 -
✓	Mortalité par suicide	- 14 -
✓	Modes de suicide.....	- 16 -
3.	Diagnostic différentiel entre vieillissement et dépression.....	- 17 -
a.	Effet du vieillissement	- 17 -
b.	La crise du vieillissement.....	- 18 -
c.	Présentations cliniques de la dépression chez la personne âgée	- 18 -
✓	Présentation clinique d'un trouble dépressif chez la personne âgée : existence de similitudes avec celui d'un sujet plus jeune.	- 18 -
✓	Présentations cliniques du trouble dépressif atypique.....	- 20 -
4.	Facteurs associés au risque suicidaire.....	- 21 -
a.	Facteurs de risque de suicide sur le plan individuel.....	- 22 -
✓	Les troubles psychiatriques	- 22 -

✓	Les pathologies somatiques	- 23 -
b.	Sur le plan socio-familial	- 24 -
c.	Classifications des facteurs de risque suicidaire	- 26 -
5.	Evaluation du risque	- 29 -
a.	Risque de passage à l'acte suicidaire	- 29 -
b.	Evaluation du degré d'urgence	- 31 -
c.	Evaluation de la dangerosité suicidaire.....	- 31 -
6.	Conduite à tenir suite au repérage de signes d'alerte suicidaire chez la personne âgée	- 32 -
a.	Axes d'intervention de crise	- 32 -
b.	Axes du suivi au long cours.....	- 33 -
7.	Intervention auprès des proches/des soignants dans les suites d'une tentative de suicide ou d'un suicide.....	- 34 -
a.	Vis-à-vis des Proches	- 34 -
b.	Vis-à-vis des Soignants	- 35 -
8.	Stratégies de prévention du suicide	- 35 -
a.	En population générale	- 35 -
✓	Limitation de l'accès aux modes de suicide	- 35 -
✓	Lutte contre l'isolement des personnes âgées.....	- 36 -
b.	Sur un groupe à haut risque de suicide	- 37 -
✓	Dépistage de la dépression chez la personne âgée.....	- 37 -
✓	Suivi des patients âgés dépressifs	- 37 -
✓	Suivi des patients âgés ayant fait une tentative de suicide récente	- 39 -
c.	Rôle des Médias	- 39 -
9.	Conclusion	- 40 -
	Références.....	- 41 -
	Annexes	- 45 -

1. Définitions

a. Le suicide

Le mot suicide vient du pronom latin « *sui* » qui veut dire « *de soi-même* » et de la racine « *cid* » de *caedere* qui veut dire « *tuer, frapper* ». Ce terme a été reconnu par l'Académie française en 1762. Auparavant, les expressions « *homicide de soi-même* » ou « *mort volontaire* » étaient utilisées pour évoquer le suicide (63).

Le suicide n'a pas de définition universellement admise à ce jour. Plusieurs définitions du suicide sont retrouvées. Une définition du suicide proposée en 1887 par Durkheim est toujours valable de nos jours : « *Le suicide est la fin de la vie résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer.* » (11).

Si l'on prend le dictionnaire Larousse, celui-ci définit le suicide comme « *l'acte de se donner volontairement la mort* ».

Enfin selon l'OMS, « *le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale* ». L'OMS précise qu'il s'agit d'un attentat contre sa propre personne, avec un degré variable dans l'intention de mourir.

Le suicide est reconnu par de nombreux pays comme un problème important de santé publique. L'attention portée sur le suicide de la personne âgée est plus récente, mais de nombreux travaux cherchent à mieux le connaître pour lutter contre cette « fatalité ».

La notion de suicide est déclinée selon plusieurs axes qui permettent de mieux définir le phénomène.

Ainsi, il sera question de :

> Personne suicidaire : personne qui exprime, soit verbalement soit par son comportement, l'existence d'un risque de passage à l'acte suicidaire.

> Suicidant : personne qui vient de faire une tentative de suicide et qui a survécu à ce geste autodestructeur.

> Suicidé : personne qui décédée par suicide (11)

> Tentative de suicide : lorsque l'on constate chez un individu un comportement auto-agressif d'une personne qui cherche à menacer sa vie, à se mettre en danger, ou qui donne l'impression de telles intentions sans forcément aboutir à la mort.

> Idéation suicidaire : comportement caractérisé par l'existence d'intentions, de plans, de décisions et/ou d'impulsions à se suicider.

> Comportements suicidaires : englobe à la fois les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les équivalents suicidaires.

b. Les équivalents suicidaires

Certains comportements peuvent être considérés comme des équivalents suicidaires chez la personne âgée. Ainsi une diminution rapide et marquée de la capacité de la personne à s'investir dans des activités, à prendre des décisions, à accepter les aides proposées, ses traitements ou son alimentation peuvent être considérés dans certains cas comme des équivalents suicidaires notamment lorsqu'aucune autre cause ne les explique. Ce n'est pas en tout point un acte auto-agressif mais cela s'en rapproche par l'intensité du phénomène observé.

Une étude américaine a cherché à évaluer les refus alimentaires qui peuvent être apparentés à des équivalents suicidaires. Dans l'état d'Oregon, des infirmières qui participent à un programme de soins palliatifs en Ehpad, ont été interrogées sur les problématiques alimentaires observées chez ces patients âgés.

Un peu plus d'un tiers des infirmières qui ont participé à cette étude signalait avoir pris en charge, dans les 4 ans précédents, des patients âgés qui avaient volontairement arrêté de manger et de boire avec la volonté de mourir du fait d'un sentiment d'inutilité et/ou de qualité de vie médiocre.

85% de ces sujets âgés étaient décédés rapidement dans les 15 jours qui avaient suivis cette décision. Ces chiffres sont importants mais la spécificité de la population (patients suivis dans le cadre d'un programme de soins palliatifs, ce qui ne signifie cependant pas fin de vie) est cependant à prendre en compte lors de l'analyse (28).

Certains refus alimentaires de la personne âgée doivent donc être considérés avec une grande attention et s'accompagner d'une recherche d'éléments pouvant faire penser à un équivalent suicidaire, ce qui justifierait alors une adaptation rapide des soins.

Dans le cadre de maladies chroniques, certains refus de soins ou de prise de traitements répondent à cette même problématique (38).

Il a également été parfois décrit chez des personnes âgées, l'utilisation de conduites addictives (alcool ou médicaments, ...) dans une logique suicidaire, comme cela peut être observé chez les sujets plus jeunes.

Enfin certains états régressifs rentreraient dans cette catégorie d'équivalent suicidaire avec la survenue brutale d'un repli du soi et d'une perte d'autonomie rapide (59).

Ces réactions seront favorisées par une crainte de se projeter dans l'avenir du fait de difficultés réelles ou ressenties par l'individu.

c. La crise suicidaire

Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Cette situation de crise peut durer jusqu'à plusieurs semaines. Si rien n'est fait, le sujet peut passer progressivement du sentiment d'être en situation d'échec, à l'idée qu'il est impossible d'échapper à cette impasse, avec alors une élaboration d'idées suicidaires de plus en plus intenses.

La personne ne veut pas mourir, mais elle veut arrêter de souffrir et le risque est alors qu'à un moment donné le suicide soit considéré par elle comme la seule solution possible.

L'individu est dans un état de rupture d'équilibre relationnel avec lui-même et également avec son environnement. Cette situation de crise n'est pas toujours facile à repérer. **Il est d'ailleurs fréquent**

que des consultations médicales aient eu lieu dans les jours qui précèdent la tentative de suicide sans que ce risque suicidaire n'ait été identifié.

Il faut donc être sensible aux périodes de rupture qui sont à hauts risques de passage à l'acte suicidaire.

La conférence de consensus sur la crise suicidaire met en avant un certain nombre de points cliniques spécifiques à la population âgée :

- Au premier plan, l'expression d'idées suicidaires pas toujours exprimées par les personnes âgées, ou non repérées car trop vite mises sur le compte du vieillissement et de ses conséquences supposées. La plainte suicidaire peut être formulée directement par le sujet âgé, ou relayée par l'entourage. (55)

- Au second plan, des manifestations diverses de la crise psychique telle qu'une grande fatigue, une anxiété, une tristesse, une irritabilité, des troubles du sommeil, une perte de goût pour les choses, une perte d'appétit, une auto-dévalorisation, un sentiment d'impuissance, une rumination, etc.

- Au troisième plan, un contexte de vulnérabilité qui peut favoriser le passage à l'acte (tempérament ayant toujours été impulsif, problème d'alcoolisme, deuil récent d'un être cher, troubles dépressifs...) (26,55)

L'expression de cette souffrance psychique peut se voir dans un premier temps au travers :

- d'un visage fermé, triste ou inexpressif,
- d'une modification de la relation aux autres,
- d'un isolement ou un retrait affectif,
- d'un abandon d'activités habituelles,
- d'une majoration de la consommation d'alcool...

A un stade plus avancé de la crise psychique, l'expression de cette souffrance peut se modifier et s'exprimer par :

- un cynisme,
- un désespoir ou une souffrance intense,
- un intérêt brutal pour les armes à feu,
- un calme surprenant, et donc suspect, dans ce contexte... (26)

La conférence de consensus préconise alors d'être très vigilant lors de l'apparition d'un ou de plusieurs de ces signes et de partager rapidement ces informations avec le ou les thérapeutes habituels, pour adapter la prise en soins du fait d'un risque élevé de passage à l'acte.

2. Epidémiologie

a. Epidémiologie des pensées suicidaires

A tout âge, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide et/ou à avoir effectué une tentative de suicide au cours de l'année. Ces données sont conformes à celles des études précédemment menées en France (Figure n°1).

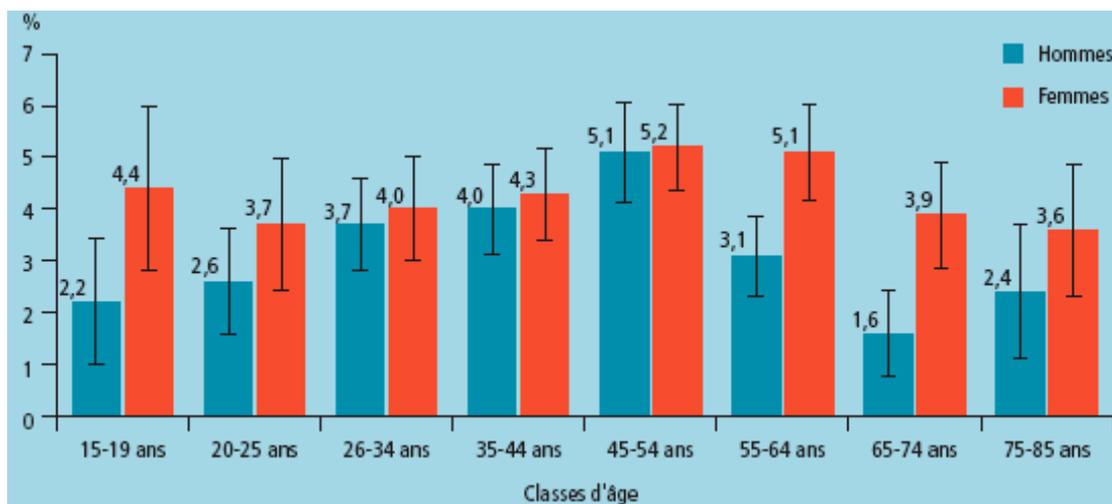


Figure n°1 : Présence de pensées suicidaires en France au cours des 12 derniers mois (2010)
Résultats en % selon le sexe et l'âge (12,40)

Une étude suédoise récente menée en population âgée, a cherché à évaluer si l'expression d'idées de mort au très grand âge était le marqueur d'un risque plus élevé de suicide ou juste le reflet d'un processus psychologique normal en fin de vie.

Il a été retrouvé dans cette étude un lien entre des idées de mort d'apparition récente et un haut niveau d'anxiété et de dépression.

La présence d'idées de mort est donc associée à une majoration du risque suicidaire même chez des sujets très âgés (85 ans en moyenne dans cette étude) (62).

Dans une étude transversale australienne récente, menée sur 2 semaines auprès de 21 290 adultes âgés de 60 à 101 ans, la prévalence des pensées suicidaires était de 4,8%.

Les facteurs le plus souvent retrouvés associés à ces pensées suicidaires étaient :

- un manque de soutien social (38%),
- une maladie dépressive (23,6%),
- l'association d'une anxiété et d'une dépression (19,7%),
- une anxiété marquée isolée (15,1%),
- des douleurs chroniques (15,1%),
- l'absence de pratique religieuse (11,4%).

Une intervention préventive du suicide axée sur les troubles anxio-dépressifs et l'isolement social semble donc être un axe fort d'action (1).

b. Epidémiologie des tentatives de suicide

En France, les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'enregistrements systématiques et il est donc difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné au service des urgences d'un hôpital (40).

On constate habituellement que le nombre absolu de tentatives de suicide diminue avec l'âge mais que le taux de décès après une tentative de suicide augmente fortement avec l'âge.

Il est ainsi possible de considérer que les personnes âgées présentent un taux moindre de tentatives de suicide, mais à l'inverse un taux élevé de suicides aboutis (30% pour les plus de 65 ans, et proche de 100% chez l'homme de 85 ans (55)).

Ainsi le taux de décès augmente avec l'âge plus fortement chez l'homme que chez la femme.

c. Epidémiologie de la mortalité par suicide

Au sein de l'Europe de l'ouest, la France présente toujours un taux de suicide parmi les plus élevés.

Si l'on se réfère à la synthèse effectuée par l'OMS sur le taux moyen de suicide de la France, celui-ci avait nettement augmenté à partir de 1975 avec un maximal observé vers 1985 (cf. Figure n°2 ci-dessous).

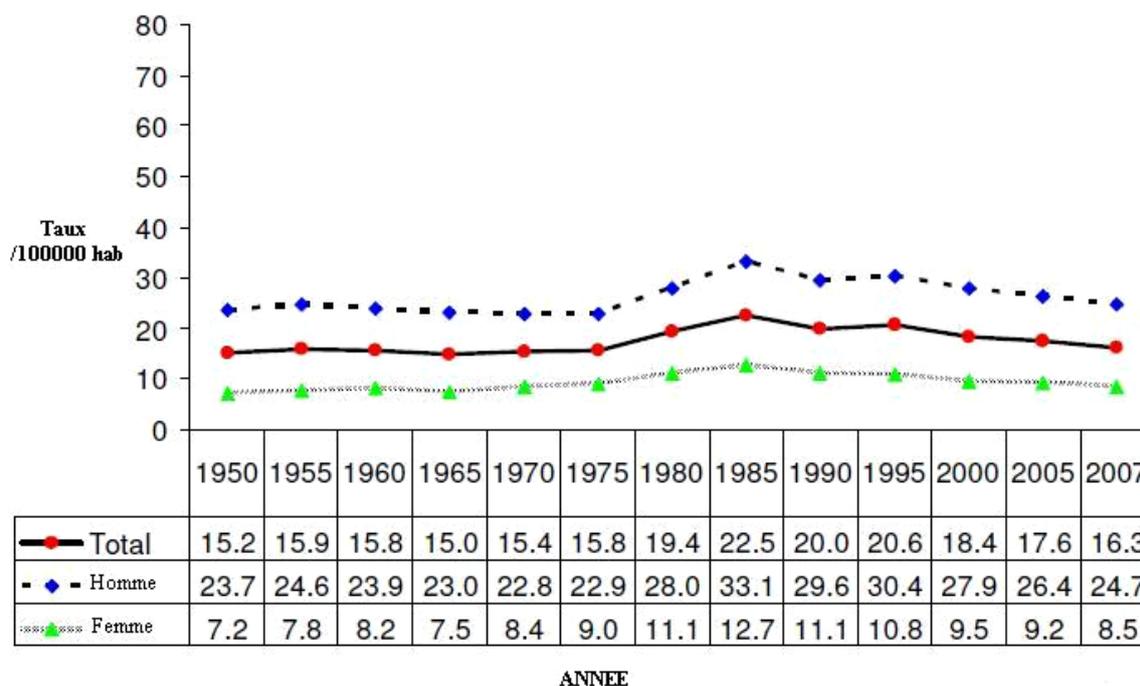


Figure n°2 : Taux de suicide par an/100000 habitants selon le sexe en France de 1950-2007 d'après OMS (70)

Sur la période 1980-2005, une baisse de 20% de la mortalité par suicide a été observée, baisse cependant non rectiligne dans le temps (6, 70).

Cette baisse a également concerné les plus de 65 ans (cf. Tableau n°1).

On voit ainsi dans ce tableau que le taux brut de décès par suicide des hommes âgés de plus de 85 ans a baissé de 28%, mais ce taux reste à un niveau très élevé de 100,2 décès par suicides pour 100000 habitants.

A noter par ailleurs, un effet générationnel observé chez les hommes (et à un moindre degré pour les femmes) issus du baby-boom. En effet, une surmortalité par suicide est observée dans cette génération.

Elle pourrait être favorisée par les effets de la crise post trente glorieuses et la remise en cause des repères traditionnels de la société.

En 2010, la cohorte née en 1945 a atteint 65 ans. Dans les années à venir, il conviendra d'observer si cette propension au risque de suicide plus élevé persiste ou non pour cette génération, et de juger de l'efficacité des politiques de prévention notamment chez les plus âgés (5).

		Taux bruts (1)								Taux stan- dardisés (2)
		15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Tous âges
Hommes	2000	12,1	26,0	40,3	37,1	31,2	42,7	71,4	139,2	28,8
	2006	10,0	22,0	34,5	40,1	30,1	36,7	60,4	100,2	25,2
	Variation 2000-2006 (%)	-17,4	-15,7	-14,4	8,0	-3,6	-14,1	-15,3	-28,0	-12,5
Femmes	2000	3,6	6,9	11,8	14,8	13,8	15,2	17,2	18,7	8,8
	2006	3,2	6,4	11,0	15,1	13,6	13,9	13,4	15,3	8,2
	Variation 2000-2006 (%)	-11,7	-8,2	-6,7	2,2	-0,9	-8,4	-22,4	-18,5	-6,8
Deux sexes	2000	7,9	16,5	25,9	25,9	22,3	27,5	38,2	52,0	17,8
	2006	6,7	14,2	22,6	27,4	21,7	24,4	31,8	39,7	16,0
	Variation 2000-2006 (%)	-16,2	-13,8	-12,5	5,7	-2,6	-11,4	-16,9	-23,7	-10,1

(1) Pour 100 000 habitants.

(2) Pour 100 000 habitants. Population de référence : France métropolitaine, année 1990, deux sexes.

Lecture • Entre 2000 et 2006, les taux de décès des hommes de 45-54 ans ont progressé de 8 %.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Statistique sur les causes médicales de décès, Inserm, CépiDc.

Tableau n°1 : Évolution entre 2000 et 2006 des taux de décès par suicide selon le sexe et l'âge (d'après Aouba et al. (6))

Par ailleurs, les trois quarts des décès par suicide concernent des hommes. Le taux standardisé de décès par suicide pour 100 000 habitants augmente avec l'âge, plus nettement pour l'homme que pour la femme.

Ainsi, pour les plus de 85 ans, le taux de suicide des hommes est 6 fois plus important que celui des femmes.

C'est par ailleurs dans la tranche des plus de 85 ans que l'on observe le taux de décès par suicide le plus important (39,7/100000hab en 2006, taux moyen hommes et femmes confondus) (6).

Les deux tableaux suivants (Tableau n°2 et n° 3) reprennent les dernières données Inserm disponibles sur les décès par suicide en France.

Dans ces tableaux, les données correspondant au plus de 85 ans sont divisées en 2 groupes, les 85-94 ans et les 95 ans et plus, ce qui permet de mieux préciser le taux de suicide au très grand âge.

Ce taux de décès par suicide reste très élevé chez les plus de 95 ans, même si ces chiffres sont à interpréter avec précaution, car calculés sur de petites séries.

Code CIM	Libellé	Sexe	Total	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
X60-X84	Suicides	M	24,9	0,0	0,0	0,6	9,7	20,8	32,6	40,3	31,5	31,6	54,9	99,8	76,0
		F	8,4	0,0	0,0	0,5	3,0	4,5	10,0	14,5	13,6	12,2	13,0	13,2	14,4
		T	16,4	0,0	0,0	0,5	6,4	12,6	21,2	27,2	22,3	21,2	29,7	40,0	25,7

Tableau n°2 : Taux de décès brut pour 100.000 habitants en 2010, en France métropolitaine, selon l'âge (Données Inserm CèpiDc année 2010 (39)).

Code CIM	Libellé	Sexe	Total	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
X60-X84	Suicides	M	7606	0	0	23	380	797	1408	1694	1222	730	879	454	19
		F	2728	0	0	17	116	174	437	634	559	327	313	135	16
		T	10334	0	0	40	496	971	1845	2328	1781	1057	1192	589	35

Tableau n°3 : Effectif (nombre) de décès par suicide en 2010, en France métropolitaine, selon l'âge (Données Inserm-CèpiDc (39)).

En France, tous âges confondus, un décès sur 50 est secondaire à un suicide (40).

Environ un tiers des personnes qui se suicident en France ont plus de 65 ans (55). Plus de 50% des suicidés ont consulté leur médecin traitant dans la semaine qui a précédée (10). Une nette augmentation des consultations est notée à mesure que s'approche la date du suicide (11).

A tout âge, une sous-estimation des chiffres de la mortalité par suicide est retrouvée. A partir des données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CèpiDc), une étude de la Drees a cherché à la mesurer en analysant la mortalité en 2006 par suicide en France.

Ainsi, ce risque de sous-estimation, longtemps annoncé autour de 20% puis de 14%, serait de l'ordre de 11,5% pour les femmes et de 8,7% pour les hommes (6).

Cependant chez la personne âgée de plus de 65 ans cette sous-estimation des chiffres serait de 12,85%, soit un peu plus élevée qu'en population générale (9,4%) (40).

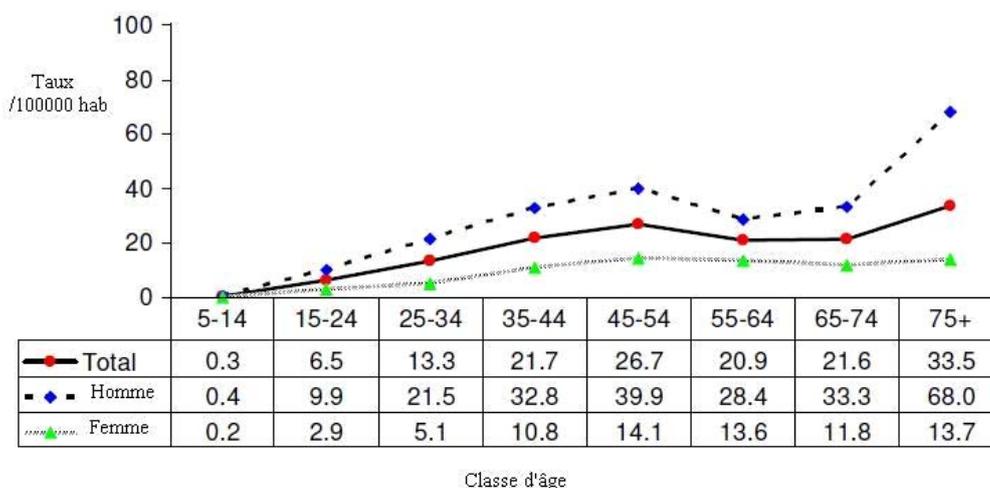


Figure n°2 : Taux de suicide /100000 hab selon l'âge en France en 2007 selon OMS (70).

Assez logiquement les modes de suicide les plus violents aboutissent à un plus grand nombre de décès. L'utilisation des médicaments est le premier mode de tentative de suicide dans toutes les classes d'âge, même s'ils sont moins choisis par les plus âgés (17).

Si l'on se réfère à la Figure n°1, ce n'est pas chez les plus de 85 ans qu'il y a le plus d'idées suicidaires mais les modalités de suicide choisies et peut-être également une plus grande fragilité somatique aboutissent à un taux de décès plus élevé en cas de geste suicidaire.

d. Modes de passage à l'acte

✓ Pour les suicides aboutis

Contrairement au sujet jeune où le suicide est souvent réalisé de façon impulsive, le suicide de la personne âgée est plus souvent programmé.

Comme nous l'avons vu, les moyens utilisés lors de ce passage à l'acte sont plus souvent radicaux (pendaison, noyade, défenestration, armes à feu...) (55, 58).

La détermination de la personne âgée suicidaire est donc particulièrement forte vu le choix de modes de suicide souvent violents.

Chez l'homme âgé, comme à tout âge, la pendaison est la première cause de décès par suicide (plus de 50%). Les autres moyens les plus fréquemment utilisés sont les armes à feu, les médicaments ou le saut d'un lieu élevé.

D'ailleurs, le saut d'un lieu élevé est plus souvent le fait des moins de 25 ans (10,5%) mais aussi des plus de 85 ans (10,2%) (6).

Il est également constaté que les modalités violentes de suicide des femmes âgées (dont la pendaison) sont bien présentes (34).

Chez la femme l'utilisation des médicaments est plus fréquente que chez l'homme. Cependant, l'utilisation des médicaments comme mode de suicide est probablement sous-estimée dans cette population, car peut être trop rapidement mis sur le compte d'une erreur de prise du traitement favorisée par l'âge.

En institution, le mode de suicide le plus observé est la pendaison. Le saut d'un lieu élevé constituant la seconde cause de mort par suicide.

L'utilisation des armes à feu et des médicaments est beaucoup moins fréquente en établissement, probablement car l'accès à ces deux modes de suicide y est plus contrôlable ou d'accès moins facile (14).

✓ Pour les tentatives de suicide

Les modalités utilisées pour les tentatives de suicide sont un peu différentes comme le montre la Figure 3.

Comme à tout âge, la prise de médicament reste majoritaire chez les hommes les plus âgés (>50%) ou les femmes les plus âgées (>70%), mais avec des pourcentages en baisse par rapport aux classes d'âge plus jeunes.

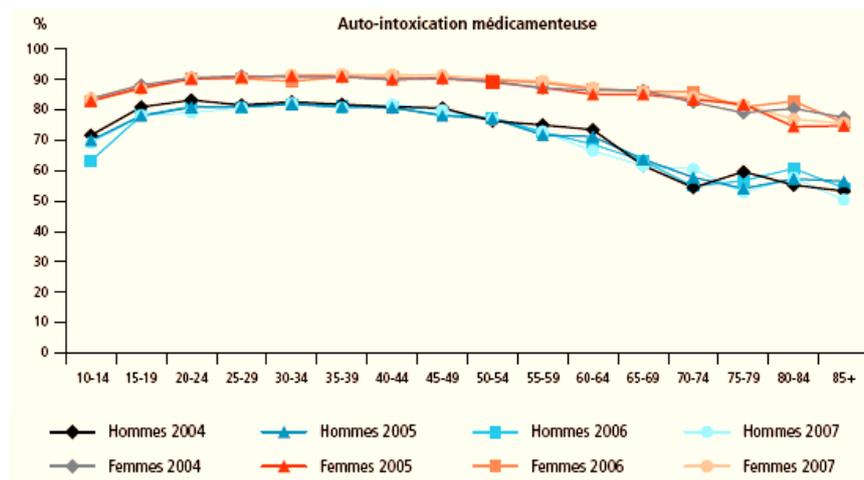


Figure n°3 : Part relative des tentatives de suicide médicamenteuses par sexe et classe d'âge en France de 2004 à 2007 (17).

L'utilisation de modes de suicide violents est à tout âge plus représentée chez les hommes que chez les femmes. L'utilisation d'arme à feu reste très majoritairement choisie, et encore plus par les hommes âgés (6, 17).

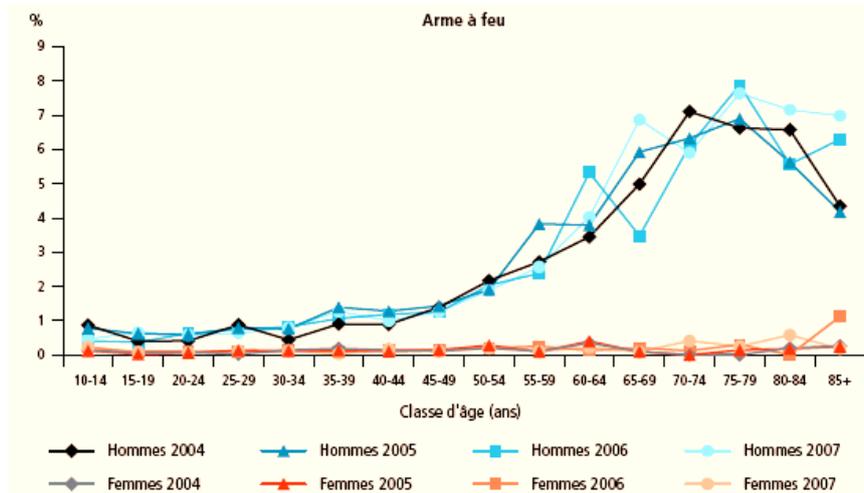


Figure n°4 : Part relative des tentatives de suicide par arme à feu par sexe et classe d'âge en France de 2004 à 2007 (17).

En parallèle, on observe une augmentation avec l'âge des autres modes violents de tentatives de suicide.

Chez les plus âgés, on constate la poursuite de l'augmentation de la fréquence d'utilisation de la pendaison ou de phlébotomie comme mode de tentative de suicide.

Ces deux modalités de tentatives de suicides sont à nouveau un peu plus utilisées par les hommes que par les femmes (6, 17).

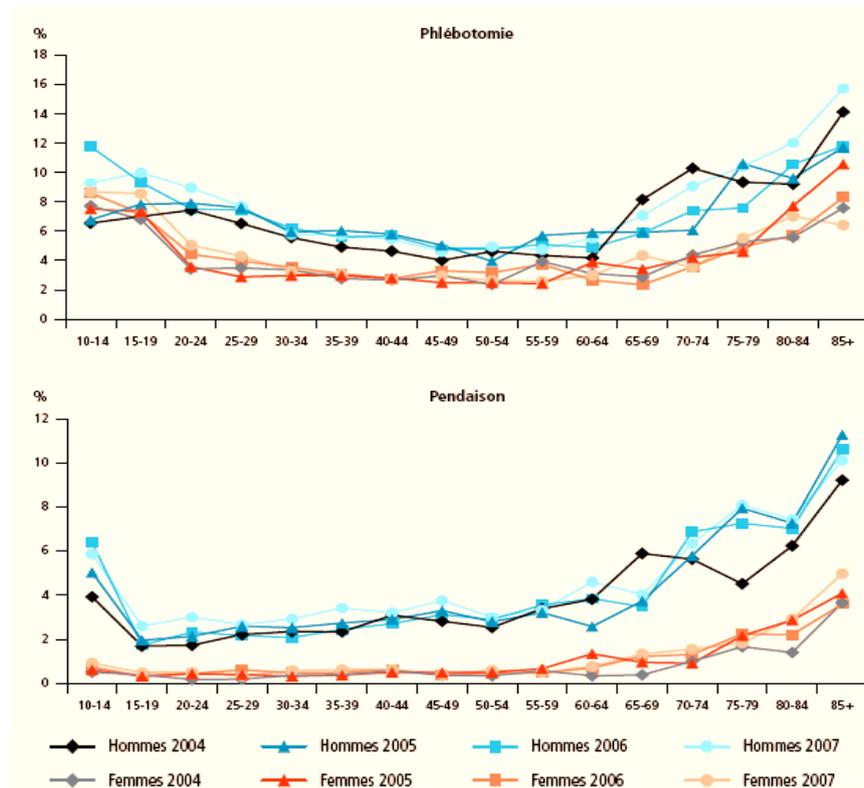


Figure n°5 : Part relative des phlébotomies et pendaisons comme mode opératoire des tentatives de suicide par sexe et classe d'âge en France de 2004 à 2007 (17).

e. Comparaison par rapport à d'autres pays

✓ Mortalité par suicide

Le taux de décès par suicide varie d'un pays à l'autre, comme le montre la dernière carte réalisée par l'OMS en 2011 (Figure n°6).

La France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide (après la Finlande, la Belgique et les pays de l'Est) avec un niveau nettement supérieur à la moyenne européenne (sous réserve de différences éventuelles de recueil des données d'un pays à l'autre).

Ainsi en population générale en France, le taux de décès par suicide par an est de 16,2 pour 100000 habitants alors qu'il est à 10,2 pour 100 000 habitants en Europe (46).

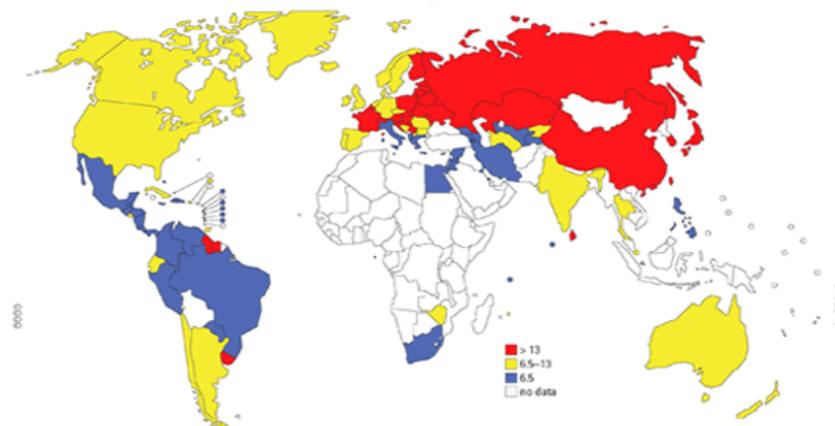


Figure n°6 : Taux de décès par suicide par an pour 100000 habitants (Données 2011, OMS (69))

Pays en Rouge : Taux > 13

Pays en Jaune : Taux entre 6,5 et 13

Pays en Bleu : Taux < 6,5

Pays en Blanc : Absence de données disponibles.

Le taux de suicide des personnes âgées est le plus souvent plus haut que celui observé en population générale.

Les pays présentant un taux élevé de suicide en population générale sont également des pays ayant les plus hauts taux de suicide pour les personnes âgées.

La prévalence du suicide pour les plus de 75 ans serait ainsi de 49/100.000 en Allemagne ou encore de 34/100.000 dans les pays nordiques ; des chiffres plus bas que ceux français (55).

Aux Etats-Unis en 2010, le taux de suicide moyen des plus de 75 ans était de 16,3/100000. A noter cependant que ce taux atteint 36/100000 pour les hommes (16).

Au Québec en 2007, la mortalité par suicide chez les 65 ans et plus, était de 18/100.000 chez les hommes et de 5,4/100.000 chez les femmes (26).

Les chiffres de suicide peuvent être modifiés par les procédures de recueil des données, différentes d'un pays à l'autre. Mais ces chiffres dépendent aussi des pratiques sociales et culturelles du pays.

Ainsi, au sein d'un même pays, il peut être observé des taux de suicide différents selon les régions, ou selon l'origine ethnique (37), comme le démontre le schéma reprenant les données connues sur la population américaine (Figure n°7).

Par exemple, d'après ce schéma, aux Etats-Unis, les chiffres des taux de suicide des hommes âgés de 75 à 84 ans varient de 4,91 à 41,29 /100.000 habitants selon l'origine ethnique de la personne.

En France, il est ainsi constaté des différences selon la région étudiée. A nouveau, de multiples facteurs peuvent expliquer ces variations de taux.

Globalement il est observé une diminution des taux de suicide des plus de 65 ans dans les pays occidentaux, comme le montre cette étude de Kessler qui a analysé toutes les données disponibles sur ce sujet pour les 1979 à 1999. De fortes disparités persistent cependant d'un pays à l'autre.

De plus, cette baisse a été moins nette pour les hommes âgés que pour les femmes âgées (51). Cette baisse semble se poursuivre mais toujours, comme nous l'avons vu, avec des taux très variables de décès selon les pays.

Cependant aux Etats-Unis comme en France, la génération des baby-boomers a toujours eu un taux de suicide plus élevé que les générations précédentes. Il est donc à craindre une augmentation des suicides des personnes âgées avec l'arrivée actuelle de cette génération à l'âge de la vieillesse, âge habituellement associé à un sur-risque de décès par suicide.

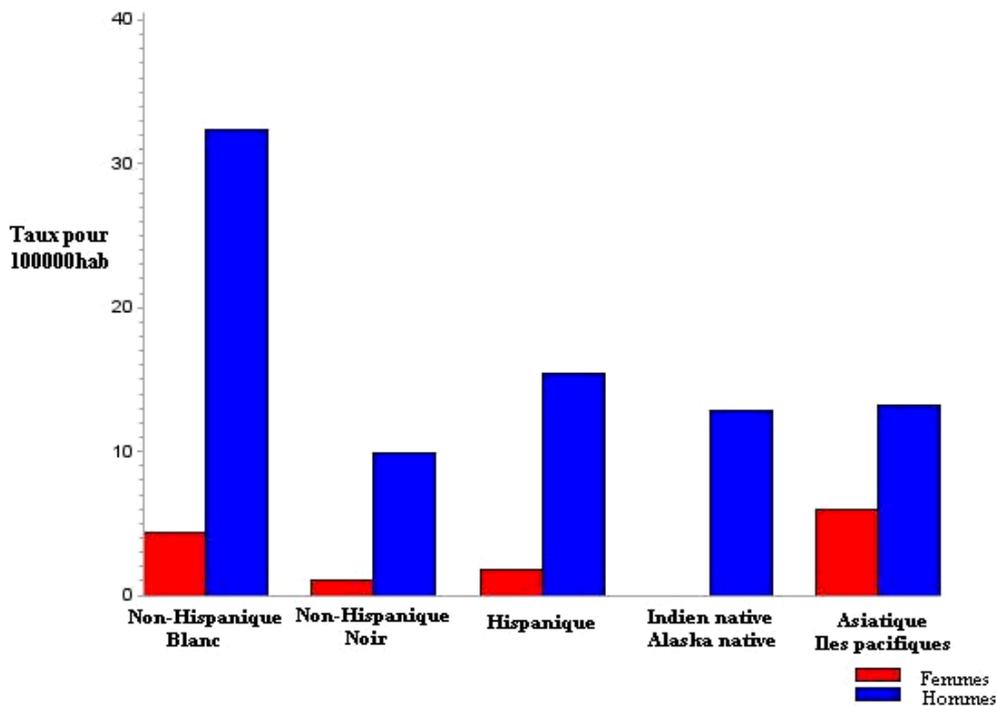


Figure n°7 : Taux de suicide des plus de 65 ans aux Etats-Unis selon l'âge, le sexe et l'origine ethnique (2005-2009) (16)

Durant la période 2005-2009, le taux de suicide le plus élevé est observé chez les non-hispaniques blancs (32,37/100000 hab).

Pour les femmes les taux de suicide les plus élevés correspondent aux populations asiatiques et à celles issues des îles pacifiques (6,01/100000 hab).

Les femmes non-hispaniques blanches ont également un taux de suicide élevé (16).

✓ Modes de suicide

Les modes de suicide utilisés peuvent varier selon la législation du pays. Ainsi l'utilisation d'armes à feu est décrite comme plus fréquente aux USA du fait d'un accès facilité aux armes à feu (11, 34).

Oslin retrouvait, en population âgée, la présence d'une arme à feu à domicile dans 28% des cas (48).

Ces taux sont probablement inférieurs en France, mais la recherche à l'interrogatoire de la présence d'une arme à domicile ne doit pas être oubliée lors de la prise en charge d'un trouble dépressif, notamment lorsque des idées suicidaires sont exprimées.

3. Diagnostic différentiel entre vieillissement et dépression

L'image du vieillard et du vieillissement reste très négative dans nos sociétés. Ainsi Simone de Beauvoir, dans son écrit sur « La Vieillesse », justifie la plus grande partie des suicides comme « *des réactions normales à une situation irréversible, désespérée, vécue comme intolérable* » et considère qu'une minorité est en relation avec une dépression.

Pourtant toutes les études retrouvent à l'inverse une majorité de troubles psychiatriques à l'origine des suicides de la personne âgée.

Ces résultats sous-tendent qu'une prévention est possible. Cette vision pessimiste du vieillissement empêche la mobilisation de chacun face à ce problème et n'aide pas à repérer précocement la souffrance des gens et leurs propos dépressifs (34).

a. Effet du vieillissement

Le vieillissement correspond à un ensemble de processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme sous l'action du temps.

Le vieillissement du corps est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque), de choix de mode de vie et de facteurs environnementaux subis tout au long de sa vie.

Le vieillissement est habituellement un processus lent, progressif, naturel, systématique, irréversible. **Il va être à l'origine de pertes et d'acquisitions, et bien souvent d'un risque de fragilisation.**

Le vieillissement induit une perte de certains rôles sociaux de l'âge adulte, vis-à-vis notamment de son rôle dans l'éducation des enfants, de son implication et de sa reconnaissance sociale au travers du travail, de l'évolution souvent à la baisse de ses revenus, d'un moindre besoin d'acquisition de biens...

Sur le plan médical, sur le plan physiologique, le niveau de performance est diminué au grand âge du fait d'une baisse de capacité de réserve fonctionnelle, ce qui ne signifie pas forcément cependant que la personne soit devenue dépendante.

Sur le plan psychologique, il est souvent observé une crainte de la solitude, de l'apparition d'une maladie pour soi ou pour les autres.

Le vieillissement, au travers des modifications corporelles classiques, telles par exemple l'apparition de rides ou de cheveux blancs, une modification de sa vision ou de son audition, peut par ailleurs fragiliser l'individu sur le plan narcissique.

Mais la vieillesse peut aussi être vécue comme un temps de réinvestissement possible, au travers notamment d'une augmentation du temps libre ou encore d'une baisse des contraintes sociales. Selon les personnes, ce temps sera utilisé pour soi, pour sa famille et/ou pour la société (bénévolat notamment).

La perception de sa vieillesse et de celle des autres est donc un phénomène éminemment subjectif et personnel.

b. La crise du vieillissement

Le vieillissement est source de remaniements psychologiques. Un certain nombre de ces modifications va nécessiter la réalisation d'un travail de deuil. Le plus souvent ce travail de deuil va se réaliser tout à fait correctement notamment quand les capacités de réinvestissement de la personne sont préservées sur le plan physique et /ou intellectuel.

Dans certains cas à l'inverse, ce réinvestissement peut être rendu plus difficile. C'est le cas par exemple, lorsque la personne est confrontée à la survenue de pertes rapprochées ce qui rend plus difficiles les possibilités de réinvestissements.

Le vieillissement peut également réactiver des blessures anciennes. La survenue d'une maladie peut par exemple faire resurgir les conditions du décès d'un parent, décès vécu alors comme insupportable ou particulièrement éprouvant.

La maladie du conjoint peut réactiver sa peur de la solitude, de la séparation ou de l'abandon.

Un trouble de personnalité sous-jacent peut être déstabilisé par le grand âge. Par exemple, un surinvestissement de l'apparence corporelle pourra être à l'origine de difficultés d'acceptation psychologique de son vieillissement corporel.

L'adaptation au vieillissement peut se dérouler de façon progressive par de multiples petites adaptations imperceptibles.

Elle peut également se dérouler chez certaines personnes âgées sous la forme d'une crise du vieillissement en rapport avec un profond remaniement psychique. Cette crise permet normalement au sujet l'intégration d'une représentation psychique de sa propre mort.

La prématurité du vieillissement corporel sur le vieillissement psychique entraîne un sentiment de déclin. Cette crise peut entraîner une réaction régressive transitoire non pathologique qui doit être respectée.

Il y a alors un besoin d'écoute et d'accompagnement psychologique et social. La médicalisation de ce phénomène n'est pas indispensable le plus souvent. Il convient cependant d'être vigilant à rechercher l'éventuelle apparition d'une décompensation dépressive, d'un risque suicidaire, d'une régression massive qui nécessiterait une toute autre prise en charge (70).

c. Présentations cliniques de la dépression chez la personne âgée

✓ Présentation clinique d'un trouble dépressif chez la personne âgée : existence de similitudes avec celui d'un sujet plus jeune.

- Les signes d'épisode dépressif majeur selon DSM IV-TR

Classiquement, pour pouvoir parler de dépression majeure, au moins cinq des symptômes décrits doivent être présents, dont au moins un des signes majeurs comme l'humeur dépressive (pratiquement toute la journée, et presque tous les jours) ou la perte d'intérêt ou de plaisir (pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée et presque tous les jours).

Les autres symptômes classiques de dépression sont l'insomnie, l'asthénie, le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, des pensées de mort récurrentes, un ralentissement psychomoteur ou au contraire une agitation, une perte d'appétit, etc. (2).

Ces symptômes doivent avoir été présents pendant une période d'au moins quinze jours et entraîner un changement par rapport à un état antérieur, avec un impact sur le fonctionnement social.

Ils ne doivent pas non plus être mieux expliqués par un deuil ou une autre maladie (hypothyroïdie par exemple).

Le détail de ces critères de dépression majeure selon le manuel DSM IV TR (53), est repris dans l'Annexe n°1.

A noter que la dernière version du manuel (DSM V) non encore traduite en langue française, nuance cette exclusion du deuil de la définition de dépression majeure. Dans certains cas les deux troubles pourraient coexister si l'intensité des symptômes est particulièrement sévère à ce moment là.

- Les signes de trouble dépressif mineur selon DSM IV-TR

Il est question de trouble dépressif mineur, lorsqu'il est cliniquement observé, sur une période minimale de deux semaines, 2 à 4 des symptômes dépressifs (dont l'humeur dépressive ou une perte des intérêts).

Ces formes cliniques de dépression seraient fréquentes chez la personne âgée.

- Les signes d'un trouble dysthymique selon DSM IV-TR

Le terme de trouble dysthymique est celui utilisé lorsqu'il est observé plus d'un jour sur deux, sur une période de plus de deux ans, une humeur dépressive qui s'exprime par au minimum deux des symptômes suivants de dépression : perte d'appétit ou hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, asthénie, faible estime de soi, difficultés de concentration, sentiment de perte d'espoir, etc.

Le trouble dysthymique touche le plus souvent les sujets très âgés, de sexe masculin, et serait davantage associé à des symptômes anxieux (70).

En cas de deuil récent deux cas peuvent se présenter :

> Les symptômes de deuil sont présents mais ne mettent pas en danger le fonctionnement de la personne.

Dans ce cas, un soutien psychologique est nécessaire mais pas automatiquement une médicalisation. La vigilance porte alors sur l'apparition d'une éventuelle évolution défavorable de ce deuil.

> Des signes de deuil pathologique sont observés, avec notamment une souffrance morale majeure, des idées de mort ou une dévalorisation avec un retentissement marqué dans le fonctionnement du quotidien.

Dans ce cas, il est considéré qu'il s'agit d'une dépression majeure, pour laquelle les soins habituels doivent être proposés.

✓ Présentations cliniques du trouble dépressif atypique

Dans les dépressions atypiques, il est souvent observé au premier plan des plaintes somatiques ou une anxiété.

Ces symptômes peuvent alors « masquer » les symptômes dépressifs par leur prédominance. Les symptômes classiques de dépression peuvent cependant être retrouvés à « l'interrogatoire ».

La formation et la sensibilisation des professionnels permettent alors d'améliorer le dépistage des troubles dépressifs de la personne âgée, maladie qui reste encore à l'heure actuelle sous-diagnostiquée.

- Dépressions délirantes

Dans les formes les plus sévères de dépressions majeures, auparavant nommées « dépressions mélancoliques », il est cliniquement observé une douleur morale intense associée à une prostration et un mutisme, ou au contraire une agitation associée à un trouble important du caractère et un pessimisme constant.

Comme chez le sujet plus jeune, des idées délirantes du type sentiment d'incurabilité, d'indignité ou de ruine peuvent fréquemment s'y associer.

Par ailleurs, la somatisation fréquente observée dans la dépression de la personne âgée, peut prendre une expression clinique délirante lors d'une dépression d'intensité majeure.

La symptomatologie clinique peut prendre la forme par exemple d'un syndrome de Cotard.

Dans ce syndrome, le patient est alors persuadé de ne plus avoir à sa disposition un organe ou l'usage d'une fonction, comme cette patiente qui disait « *ne plus pouvoir manger car elle n'avait plus de bouche* » ou une autre encore qui pensait être morte car « *elle n'avait plus de cœur* ».

A noter que dans les formes de dépression les plus sévères, il est fréquemment observé un refus de se lever, de s'alimenter, de communiquer...

Sur la durée, et en l'absence de prises en charge spécifiques, ces refus peuvent mettre en cause le pronostic vital, à court ou moyen terme chez la personne âgée (70).

4. Facteurs associés au risque suicidaire

De nombreux facteurs peuvent contribuer à la survenue d'un suicide. Le suicide n'est jamais la conséquence d'une seule étiologie ou d'un seul facteur de stress. Il est souvent difficile de comprendre pourquoi certaines personnes en viennent à se suicider.

Ces facteurs sont bien sûr d'ordre individuel, mais les dimensions sociales, communautaires, religieuses, culturelles interviennent également.

Il est possible que les facteurs de risque de suicide ne soient pas exactement les mêmes à 60 ans et à 85 ans, mais les études actuelles ne permettent pas de l'affirmer (20).

La dépression est cependant le principal facteur de risque de passage à l'acte suicidaire chez la personne âgée.

Les suicides et les tentatives de suicide peuvent se développer à partir de situations de vies très différentes. Outre les facteurs individuels, psychologiques et biologiques, les facteurs socioculturels jouent eux aussi un rôle décisif. Toute une gradation du risque suicidaire existe.

Le suicide peut être comparé au sommet d'un iceberg qui comprendrait à sa base les situations de crise, et au niveau intermédiaire des idées de mort plus ou moins structurées (cf. Figure n°8).

Le suicide est la pointe la plus visible de cette souffrance psychique qu'il ne faut pas banaliser ou expliquer par l'âge du patient (47).

Le repérage précoce de ces éléments de souffrance psychique ne peut qu'être bénéfique pour aider à limiter le risque de passage à l'acte suicidaire.

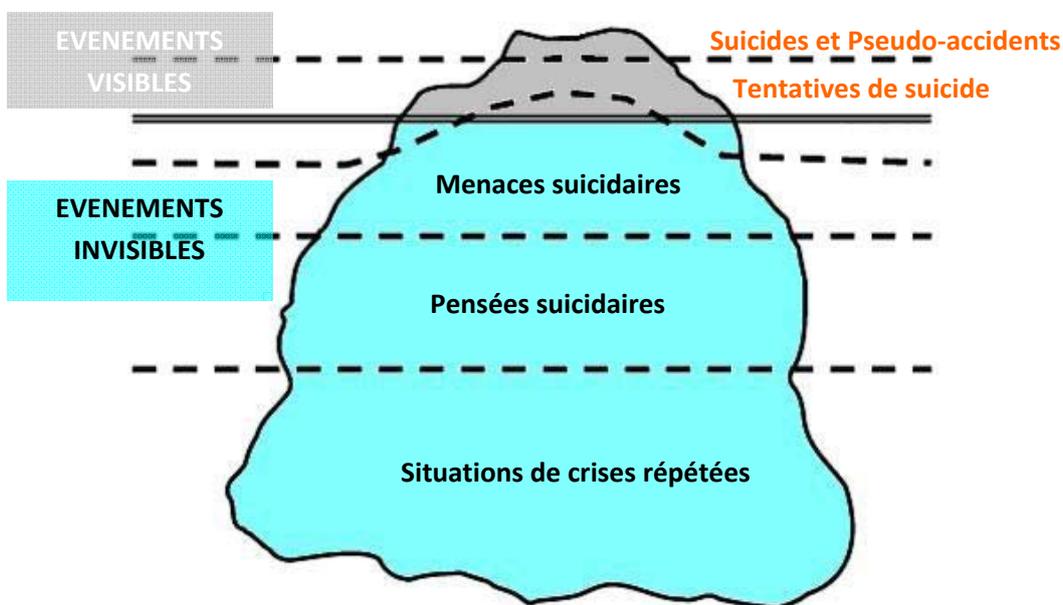


Figure n°8 : Le paradigme de l'iceberg de la « suicidalité » (d'après [Jeanneret 1982])

Représentation schématique sans relation quantitative avec les données épidémiologiques.

La ligne continue représente la «surface de l'eau», c'est-à-dire la limite entre les événements visibles et les événements invisibles pour la société (47).

a. Facteurs de risque de suicide sur le plan individuel

✓ Les troubles psychiatriques

Les troubles psychiatriques sont très fréquemment retrouvés chez les patients suicidaires (90% des cas à tout âge) (37).

Dans d'autres cas, le suicide de personnes âgées ne semble pas en relation avec un trouble psychiatrique préexistant. Lors de la réalisation d'autopsie psychique, Harwood retrouve alors des éléments explicatifs en rapport avec des facteurs liés à la personnalité du suicidé, la survenue d'un deuil récent, ou la présence d'une maladie physique (32).

- Dépression :

La dépression majeure récurrente est le facteur le plus fortement associé au suicide de la personne âgée (58, 65).

Dans une revue de la littérature récente, qui reprenait les études publiées d'autopsies psychologiques, il était noté que plus de la moitié des suicidés répondaient aux critères de troubles dépressifs (51).

En cas de dépression sévère, les facteurs cliniques prédictifs de suicide sont :

- des antécédents de tentative de suicide,
- un haut niveau d'expression de son désespoir,
- de hauts scores aux évaluations des tendances suicidaires (22).

- Troubles de personnalité :

Certains troubles de personnalité entraînent des difficultés d'adaptation aux situations nouvelles induites par le vieillissement.

Ainsi l'existence de traits obsessionnels va aboutir à une certaine rigidité dans les habitudes de vie, qui vont gêner cette évolution nécessaire et donc favoriser le risque suicidaire.

D'autres types de troubles de la personnalité peuvent être concernés. Ainsi dans 44% des suicides de la personne âgée, Harwood retrouve un trouble de la personnalité dans les facteurs ayant favorisé le passage à l'acte (ou au moins d'un trait de personnalité prédominant) (30).

- Abus d'alcool :

Une consommation excessive d'alcool ou de drogue peut accentuer la vulnérabilité de la personne vis-à-vis du risque de passage à l'acte suicidaire.

La prise de ces produits a un rôle facilitant dans le passage à l'acte suicidaire (25, 37). Cette comorbidité serait cependant un peu moins fréquente chez la personne âgée (58).

- Antécédents familiaux :

Des éléments issus du passé peuvent contribuer à fragiliser la personne. Le premier d'entre eux est l'existence d'antécédents suicidaires dans la famille.

Le fait que l'interdit de se donner la mort est déjà été franchi par un membre de la famille peut donc faciliter le passage à l'acte sur plusieurs générations (25).

✓ Les pathologies somatiques

De nombreuses maladies semblent exposer à un risque de dépression comme le rappelle le tableau situé en Annexe n°2.

Ainsi une maladie de Parkinson majore le risque d'apparition d'un trouble dépressif, avant même l'apparition des premiers signes neurologiques de la maladie.

Par ailleurs, une hypothyroïdie peut accentuer un trouble dépressif, mais dans d'autres cas cette même hypothyroïdie ne fera que mimer certains symptômes de la dépression comme le ralentissement.

Il est également important de préciser qu'il n'y a pas de liens systématiques entre présence de ces maladies et apparition d'un trouble dépressif, mais juste une majoration statistique du risque d'apparition d'un trouble dépressif.

Il est par ailleurs décrit dans des études l'existence de liens potentiels entre maladie somatique et risque de suicide.

Dans la majorité des cas il s'agit de pathologies qui touchent le sujet jeune ou d'âge moyen (SIDA, maladie de Huntington, lupus érythémateux, atteinte de la moelle épinière, sclérose en plaques, etc.).

D'autres pathologies impliquées dans ce sur-risque suicidaire peuvent concerner plus fréquemment la personne âgée, comme les ulcères digestifs, les maladies rénales ou les cancers (20).

Lors de l'annonce diagnostique de maladies graves, il est d'ailleurs conseillé d'évaluer l'état psychique de la personne et son environnement social pour en limiter les conséquences sur le plan thymique et suicidaire. Un suivi de cette annonce est également conseillé (35).

- **La présence d'un cancer** est retrouvée comme potentiel facteur de risque de suicide (37). La présence d'un cancer augmenterait le risque de suicide par 2 ou 3 selon les études (65)

- **La présence d'une douleur chronique**, peu ou non améliorable sur le plan thérapeutique, est également retrouvée dans les facteurs de risque de dépression (21) et de tentative de suicide de la personne âgée (34).

On peut d'ailleurs se poser la question, dans les études les plus anciennes, en ce qui concerne les ulcères digestifs si ce n'est pas l'absence de traitement médicamenteux efficace de la douleur qui expliquerait ce sur-risque suicidaire.

- **La survenue d'un accident vasculaire cérébral** majore le risque de dépression. En revanche, les études restent contradictoires sur un éventuel lien entre la survenue d'un accident vasculaire cérébral et la majoration du risque suicidaire (66).
- **La présence de troubles cognitifs significatifs** est peu retrouvée dans les études comme facteur de risque suicidaire (68). Harwood retrouve même une diminution du risque de suicide en cas de démence (30).

Il est cependant possible qu'un stade précoce d'altération clinique des fonctions cognitives puisse être un facteur favorisant le passage à l'acte suicidaire comme le suggère cette étude histologique cérébrale qui compare deux groupes de personnes âgées décédées : par suicide dans le premier groupe, d'une autre cause dans le second groupe.

Il est retrouvé plus de lésions compatibles avec une maladie d'Alzheimer dans le groupe de personnes décédées par suicide que dans le groupe témoin (53).

Le petit nombre de sujets inclus dans cette étude ne permet cependant pas de conclure avec certitude sur ces résultats.

- **La présence de troubles visuels ou auditifs** est parfois retrouvée associée au risque suicidaire (65). Les troubles sensoriels favorisent l'isolement et la baisse d'activité des personnes qui en sont atteintes. Cela favorise le développement de troubles anxieux et/ou dépressifs (21).

L'indépendance de ce facteur somatique par rapport aux fréquentes comorbidités psychiatriques observées dans ce cas, reste donc incertaine.

- **La perte d'autonomie**, qui peut découler de maladies somatiques est également un possible facteur de risque de suicide (37).

La présence de sévères pathologies somatiques peut donc majorer le risque suicidaire, comme semble le démontrer les études de Conwell et Waerns (21, 65). Cependant cela est loin d'être toujours le cas.

Comme le rappelle le Professeur Reynolds, seulement 2 à 4% des personnes âgées atteintes d'une maladie au stade terminal vont réaliser une tentative de suicide (58).

Le type de maladie et son intensité n'expliquent donc pas à eux seuls le passage à l'acte suicidaire.

D'ailleurs, lors de l'analyse du suivi sur 10 ans d'une cohorte de 14000 personnes âgées, il était retrouvé que la perception d'une mauvaise santé était prédictive d'un risque suicidaire et non pas le type de maladie (66).

Une comorbidité entre trouble somatique et trouble dépressif est également fréquemment retrouvée dans le cadre des suicides ou tentatives de suicide de la personne âgée malade.

Peu d'études analysent l'effet propre des maladies somatiques sur le risque suicidaire indépendamment des comorbidités psychiatriques.

Des études plus précises restent donc nécessaires pour mieux préciser le rôle propre de la maladie dans le risque de passage à l'acte suicidaire (20).

b. Sur le plan socio-familial

- La vie en couple :

Vivre en couple est reconnu comme un facteur protecteur du risque suicidaire (26). De même, plus les personnes sont entourées sur le plan familial ou amical, moins le risque suicidaire est élevé (60).

- Le veuvage :

La notion de veuvage est en revanche à prendre en compte dans le risque suicidaire.

Dans une étude de cas-témoins, les problèmes liés aux deuils étaient retrouvés dans 47% des suicides et jugés comme contributifs au décès dans 25% des cas (33).

Le veuvage est ainsi un facteur précipitant important.

En cas de veuvage, à situation identique, le risque suicidaire est encore plus élevé chez l'homme que chez la femme (6, 70).

- Le changement de lieu de vie :

Le changement de lieu de vie est souvent subit à cet âge ; il peut en cela être un facteur favorisant de suicide.

Ainsi, l'entrée en établissement serait à l'origine d'un sur-risque de suicide principalement la première année.

Ce sur-risque est présent pour les deux sexes mais plus marqué pour les femmes, l'établissement d'accueil apparaissant pour les auteurs comme un risque spécifique en soi.

En établissement, contrairement aux hommes, ce sont les femmes les plus jeunes (65-74 ans) qui ont le taux de suicide le plus élevé.

Pour les hommes, il n'est pas non plus observé d'effet protecteur de l'institution, puisque les taux de suicide y sont du même ordre que ceux enregistrés pour les hommes isolés vivant à domicile (14).

- La survenue récente d'une maladie chez un proche :

Cette survenue jouerait également un rôle dans le risque suicidaire, notamment par la majoration du niveau de stress qui en découle.

- Les conflits familiaux :

L'instabilité familiale semble être un facteur de vulnérabilité face au suicide (25). Selon Harwood, les problèmes interpersonnels seraient présents dans 55% des cas de suicide du sujet âgé et jugés contributifs dans la survenue de 31% des décès (33).

- L'isolement :

Les sujets âgés ayant commis une tentative de suicide sont plus isolés socialement, et vivent plus souvent seuls que la population générale du même âge (20, 25, 34).

La coexistence d'une atteinte sensorielle visuelle et/ou auditive aggraverait l'isolement ressenti par ces personnes âgées (21).

- La Situation particulière des « pactes suicidaire »

Il s'agit d'une minorité des suicides (<1%), mais ils semblent un peu plus fréquents après 65 ans. Les facteurs favorisant de cet homicide-suicide sont la dépression, la nécessité de soins constants contraignants ou vécus comme tel par le conjoint aidant, l'existence de conflit familiaux (44).

La prévention de ce type de suicide est donc double :

- Repérage de l'épuisement de l'aidant, ou du trouble dépressif,
- Adaptation précoce du niveau d'aide à domicile.

c. Classifications des facteurs de risque suicidaire

Plusieurs classifications ont été proposées pour mieux comprendre ces phénomènes.

- **Un premier type de classification vise principalement les facteurs de risque individuels.**

Ainsi comme le reprend les tableaux n°4 et n°5, quatre facteurs sont identifiés avec une graduation entre les 3 premiers.

Il s'agit :

- >> des facteurs prédisposant la personne au risque suicidaire.
- >> des facteurs contribuant qui fragilisent le sujet et qui majorent ainsi ce risque suicidaire.
- >> des facteurs précipitant qui vont faciliter ou déclencher lors de leur survenue, le passage à l'acte suicidaire.
- >> des facteurs protecteurs, dont la présence va à l'inverse diminuer le risque de passage à l'acte suicidaire.

Il est important de noter qu'à côté des facteurs individuels, les dimensions sociales associées à la communauté, à la culture et à l'environnement contribuent à expliquer le suicide dans une société.

Ainsi, les conditions de vie, les croyances, les normes et attitudes sociales au regard du suicide, l'accessibilité des moyens de suicide ainsi que la disponibilité ou non des ressources d'aide dans l'environnement social de la personne âgée doivent également être pris en compte (25).

Tableau n°4 : Quatre types de facteurs pouvant influencer le taux de suicide (25, 42)	
Facteurs Prédisposants	<p>Ils sont issus du passé de la personne et peuvent favoriser le risque suicidaire.</p> <p>Il peut s'agir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'antécédents suicidaires personnels ou familiaux, • de problèmes psychiatriques, • d'un isolement social...
Facteurs Contribuants	<p>Ils accentuent la vulnérabilité, la fragilité de la personne.</p> <p>Il peut s'agir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'une consommation excessive d'alcool, • d'une instabilité familiale...

Facteurs Précipitants	<p>Ils agissent comme des éléments déclencheurs du comportement suicidaire</p> <p>Il peut s'agir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du décès d'un proche, • de l'annonce d'une maladie grave... <p>Un accès aisé à des moyens de suicide (médicaments, arme à feu ...), peut faciliter un passage à l'acte impulsif.</p>
Facteurs de Protection (voir détail dans Tableau n°5)	<p>Ils s'opposent aux 3 précédents facteurs en atténuant leurs effets.</p> <p>Il peut s'agir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un réseau social de qualité, • d'un tempérament optimiste, • de bonnes capacités d'adaptation, • d'une bonne santé globale...

**Tableau n°5 : Détail des Facteurs Protecteurs vis-à-vis du risque suicidaire
(Liste non exhaustive adaptée des références 25 et 71)**

- Attitude optimiste,
- Convictions personnelles, sociales, culturelles ou religieuses qui s'opposent au suicide,
- Capacités à résoudre les problèmes ou les conflits en privilégiant les méthodes non violentes, bonnes stratégies d'adaptation,
- Capacité à rechercher de l'aide et à solliciter les soins médicaux et psychiatriques,
- Bonne santé globale,
- Bonne insertion familiale ou communautaire,
- Accès restreint aux moyens pour se suicider.

- **Un second type de classification (Tableau n°6) organise les facteurs de risque en 3 groupes.**

Ces groupes reprennent les dimensions individuelles et socio-environnementales :

IL s'agit

- >> des facteurs individuels,
- >> des facteurs socioculturels,
- >> des facteurs situationnels.

Il est à noter qu'à tout âge, l'état de santé physique des groupes vulnérables sur le plan socio-économique a tendance à être moins bonne que celui des personnes plus favorisées.

Il en va de même en ce qui concerne plus spécifiquement la santé mentale et les pensées suicidaires (25).

Tableau n°6 : Facteurs de risque de Suicide (Liste non exhaustive) (71)

Individuel	Socioculturel	Situationnel
<ul style="list-style-type: none"> -Antécédent personnel de tentative de suicide -Troubles de la personnalité (tendance agressive, impulsivité, rigidité...) -Survenue d'une détresse aiguë -Présence de troubles psychiatriques dont la dépression -Sentiment de désespoir ou d'isolement -Abus d'alcool ou de drogues -Maladie physique sévère ou chronique, dont la douleur chronique -Histoire familiale de suicide -Facteurs neurobiologiques - ... 	<ul style="list-style-type: none"> -Difficultés d'accès aux soins médicaux, notamment psychiatriques -Certaines convictions culturelles ou sectaires (par exemple en valorisant le suicide comme mode de résolution de dilemmes) -« Publicité » faite par des personnes influentes, des groupes ou les médias sur des comportements suicidaires - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes financières - Pertes relationnelles - Pertes sociales - Survenue d'événements stressants - ...

5. Evaluation du risque

a. Risque de passage à l'acte suicidaire

Il existe une graduation entre pensées sur la mort, idées de mort et idées suicidaires. Il n'est pas toujours facile de les différencier si l'on n'est pas un minimum en capacité d'écouter et d'analyser la parole de la personne âgée.

Certains éléments sont importants à rechercher pour évaluer au mieux le risque de passage à l'acte suicidaire. Le développement de formations à l'analyse de ces propos est nécessaire pour améliorer la prévention de ce risque. Dans tous les cas, il s'agit lorsque des pensées ou des idées de mort sont exprimées, de rechercher l'existence d'idées suicidaires (plus ou moins structurées).

Il convient également :

- **d'évaluer la progression des idées de mort,**
- **de rechercher systématiquement d'éventuelles idées suicidaires et de ne jamais banaliser de tels propos,**
- **de rechercher si un scénario suicidaire est envisagé, et si oui à quel délai,**
- **d'évaluer la fréquence de ces idées suicidaires,**
- **d'évaluer les facteurs de risque de suicide et les éventuels facteurs protecteurs (55).**

La graduation des idées de mort est reprise en détail dans le Figure n°9 ci-dessous. Plus on descend dans ce tableau, plus le risque de suicide et donc de décès est élevé.

GRADUATION DES IDÉES DE MORT		
1	Flashs suicidaires	
2	Pensées suicidaires occasionnelles	
3	Pensées suicidaires fréquentes	
4	Planification du suicide en cours	
5	Planification complète, mais au delà de 48 h	
6	Planification complète dans les 48 h	
7	Planification complète	
8	Tentative effectuée	
9	Décès	

Figure n°9 : Mobiquat Graduation des idées de mort selon schéma (55)

Le tableau n°7 décrit quant à lui, les idées de mort au travers de phrases fréquemment entendues par les soignants. Cela peut aider à mieux analyser la diversité de l'expression des pensées ou idées de mort observées en population âgée.

Il ne faut cependant pas oublier que chaque individu est différent dans l'expression de son mal-être.

Cette graduation schématique aide à mieux appréhender le risque, mais parfois une évolution rapide des idées suicidaires peut survenir et surprendre par sa vitesse d'apparition. Une évaluation fine du risque nécessite une formation spécifique de soignants référents.

	Discours	Propos	Actions	Risque suicidaire bas
Absence d'idées suicidaires	Focus normal sur la fin de sa vie du fait de l'avancée en âge ou d'une maladie	Peut avoir occasionnellement des pensées sur sa propre mort, mais ne souhaite pas mourir	Suivi et réévaluation périodique de la situation	+
Idées de suicide « passive »	Pensées sur le fait que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue ou qu'il préférerait être décédé	- « <i>Je pris Dieu pour qu'il m'appelle bientôt</i> » - Mais absence d'idées suicidaires « actives »	Nécessite une évaluation complémentaire	++
Idées de suicide « active »	Pensées suicidaires sont présentes	- Absence de plan de suicide détaillé - Exprime des raisons de continuer à vivre et garde un contrôle de ses impulsions - « <i>J'ai pensé à mourir, mais je ne le ferais pas</i> »	Nécessite une évaluation médicale rapide	+++
Idées de suicide détaillées	Plan spécifique et détaillé sur le mode de suicide	- « <i>J'ai prévu de prendre tous mes médicaments demain matin</i> » - ou absence de bonnes raisons de vivre : « <i>Je ne serais pas capable de résister à l'envie de le faire</i> »	Nécessite une évaluation et une prise en charge médicale immédiate	++++ Risque suicidaire imminent

Tableau n°7 : Spectre du risque suicidaire
Evaluation et stratégies d'intervention (d'après (52))

b. Evaluation du degré d'urgence

Lorsque des idées suicidaires sont exprimées, il importe de préciser au mieux l'intensité de celles-ci au travers de différents types de questionnement.

- Ces idées suicidaires sont-elles :
 - o Fréquentes ?
 - o Prolongées ?
- Retrouve t-on des éléments protecteurs ?
- Un scénario suicidaire a-t-il été élaboré ?
 - o Où ?, Quand ? Comment ?
- Existe-t-il des symptômes anxieux intenses qui peuvent faciliter le passage à l'acte ?

c. Evaluation de la dangerosité suicidaire

- Quel moyen de suicide la personne pense utiliser ?
- Quel est le niveau de dangerosité de celui-ci ?
- Les moyens de suicide envisagés sont-ils facilement accessibles ? (55)

La prise en compte du risque suicidaire suit donc trois axes :

Evaluation du Risque →R
Evaluation de l'Urgence →U
Evaluation de la Dangerosité →D

Cette échelle « RUD » est classiquement utilisée en situation de crise pour évaluer au mieux la personne et adapter les soins au niveau de risque.

Cette échelle nécessite une formation du personnel qui sera amené à l'utiliser. Cette grille RUD est détaillée dans les annexes (Annexe n°3).

6. Conduite à tenir suite au repérage de signes d'alerte suicidaire chez la personne âgée

La conduite à tenir conseillée dans les recommandations médicales face à la présence de signes d'alerte suicidaire est proche de celle proposée pour l'adulte plus jeune.

Nous avons repris dans ce chapitre 6, les éléments essentiels de ces publications notamment dans la conférence de consensus sur la crise suicidaire (26) et dans l'outil Mobiquil Dépression (55).

Le repérage des troubles psychiatriques et notamment de la dépression, fréquent à cet âge, permet l'adaptation des soins à ces troubles.

Les principaux éléments décrits sont les suivants :

-> **Face à l'expression d'idées de mort, la première étape consiste en la mise en place d'une protection de la personne par :**

- Une attitude bienveillante et une écoute qui favorisera le recours aux réseaux d'aides et de soins.
- Une réduction du niveau de tension observé.
- Une sécurisation de l'environnement (présence d'objets ou de médicaments potentiellement dangereux, etc.)

-> **Evaluation du risque suicidaire, réalisée par un professionnel formé. Le médecin traitant est donc sollicité rapidement (et/ou le psychiatre si un suivi est déjà instauré).**

-> **Le recours aux services d'urgence est décidé en fonction du degré d'urgence et de gravité des idées de mort. Ils peuvent être sollicités par le médecin qui a évalué le patient ou par son entourage si l'urgence le nécessite (26, 55).**

En cas de geste suicidaire avéré, une hospitalisation aux urgences est alors nécessaire (Urgences médicales ou Centre d'accueil de crise psychiatrique selon les cas).

a. Axes d'intervention de crise

Une évaluation globale de la personne âgée suicidaire est préconisée. Tel que le décrit la littérature, l'intervention en situation de crise est adaptée :

- au niveau de risque suicidaire,
- à l'environnement de la personne,
- aux comorbidités médicales,
- aux comorbidités psychiatriques,
- au niveau d'autonomie ou de dépendance
- .../...

Par exemple, à niveau de risque suicidaire identique, on ne prend pas en charge de la même façon quelqu'un qui vit seul à son domicile ou une personne qui y vit en couple, très entourée par sa famille.

Une entrée en relation avec la personne est effectuée. Une écoute et une évaluation de sa souffrance est réalisée. Celle-ci pourra s'appuyer sur des outils validés d'analyse du risque suicidaire.

Sur le plan psychologique, il sera recherché par le médecin les facteurs favorisant le passage à l'acte dont les événements de vie récents, ainsi que les potentiels facteurs protecteurs pour adapter au mieux les aides et les soins.

Les événements de vie récents jouent un rôle important dans le passage à l'acte suicidaire.

Ainsi on note 4 fois plus de survenue d'événements de vie dans les 6 derniers mois chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide, dont 1/3 de ces événements se concentrent sur le mois précédent.

Il est conseillé, au sein de la littérature, que la personne suicidaire soit en contact avec les mêmes interlocuteurs soignants, pour favoriser l'alliance thérapeutique médecin-malade, ce qui peut faciliter la poursuite du suivi en post-crise.

En cas de risque élevé de récurrence suicidaire et de non acceptation des soins psychiatriques la mise en place d'une hospitalisation dans le cadre de soins psychiatriques à la demande d'un tiers est alors souvent nécessaire (article L.3212-1 du code de la santé publique).

L'adaptation du traitement médicamenteux sera réalisée par le médecin :

- Selon le degré d'angoisse et de stress
- Aux troubles psychiatriques sous-jacents, notamment en cas de troubles dépressifs. L'utilisation d'un traitement antidépresseur permet en effet de limiter le risque suicidaire (9,43).
- Ce traitement médicamenteux est toujours associé à un soutien/suivi psychologique

Après un geste suicidaire, l'éducation de la famille et de l'entourage par rapport au risque suicidaire et à la dépression est souvent proposé pour mieux prévenir le risque de récurrence.

b. Axes du suivi au long cours

Après la phase d'urgence, un suivi est nécessaire en coordination avec le médecin référent du patient.

En plus du suivi réalisé par son médecin généraliste, un suivi spécialisé peut être proposé notamment en cas de comorbidités psychiatriques.

Ce suivi sera d'autant mieux accepté qu'il aura été personnalisé dès le début. La personne va plus facilement voir en consultation quelqu'un qu'elle a déjà rencontré et qui connaît déjà son histoire médicale.

Il est par ailleurs constaté que pour faciliter l'observance thérapeutique et limiter l'accès aux médicaments, les traitements médicamenteux sont préparés et donnés par un tiers.

En cas d'absence de venue aux consultations programmées, il a été montré que la relance par courrier ou par téléphone était efficace ; tout comme la proposition d'une amélioration du soutien social et familial (8).

7. Intervention auprès des proches/des soignants dans les suites d'une tentative de suicide ou d'un suicide

a. Vis-à-vis des Proches

Dans les suites d'un suicide ou d'une tentative de suicide, les proches ont un vécu souvent difficile et douloureux de cette situation. Ainsi les risques de souffrance sont multiples pour l'entourage du suicidé à commencer par le traumatisme survenu lors de la découverte du suicide ou de son annonce.

Rapidement, les proches de personnes âgées, décédés ou non dans les suites d'un geste suicidaire, expriment leurs difficultés face à cette situation, avec un sentiment de stigmatisation, de honte (« *Que va-t-on penser de nous ?, etc.* ») et/ou de rejet après le suicide qui suggère la nécessité d'un suivi adapté à ces situations traumatisantes (31).

Il est fréquent qu'un sentiment de culpabilité se développe chez les proches dans les suites d'un suicide et se traduise par des pensées du type : « *J'aurais dû voir* », « *J'aurais du faire...* », « *Je n'aurais pas dû...* »

Une rencontre avec les endeuillés pour leur permettre d'exprimer leurs émotions ou leurs questions sur le décès peut être utile (34). Cette même proposition est souhaitable en cas de tentative de suicide.

Au Québec des services de soutien sont « destinés aux proches de personnes suicidaires afin de leur permettre d'exprimer les émotions liées à la situation, de vérifier leur état psychologique et de les outiller pour accompagner la personne suicidaire s'ils sont en mesure de le faire ainsi que de les informer de l'existence des ressources pouvant répondre à leurs besoins » (25).

Ils aident à la gestion des réactions de stress, de crise, de deuil qui sont susceptibles d'être vécues dans les suites d'une tentative de suicide ou d'un suicide (27).

Un service téléphonique est également disponible au Québec 24h sur 24, 7 jours sur 7 pour permettre aux proches de personnes suicidaires ou aux personnes endeuillées par un suicide de pouvoir bénéficier d'un conseil ou d'une aide (25).

En France, des associations proposent également un service téléphonique axé sur la prévention du suicide, via a un accueil téléphonique apportant une aide et une écoute aux personnes en souffrance psychique.

D'autres numéros, gérés également par des associations loi 1901, existent mais avec des objectifs un peu plus larges que la prévention du suicide, telles que l'écoute et le soutien face à la dépression, à la solitude, etc.

Aucune liste exhaustive ne pourrait être établie du fait de l'existence d'un grand nombre de dispositifs différents.

Ces actions sont trop méconnues en France par les personnes âgées, leurs proches ou les soignants spécialisés en gérontologie. De plus, la grande diversité des propositions et la présence de numéros de téléphone différents pour chaque association n'aide pas à leur repérage par le grand public.

Au total trois axes d'action peuvent donc être proposés à l'entourage :

- **Créer un espace de parole pour permettre au(x) proche(s) endeuillé(s) par ce suicide (ou cette tentative suicide) de pouvoir l'évoquer,**
- **Aider au travail de deuil et à la réorganisation familiale,**
- **Eviter le développement d'un secret trans-générationnel autour de ce suicide.**

b. Vis-à-vis des Soignants

Dans une étude réalisée par le Dr Andry auprès de professionnels de santé, 50% des soignants contactés pour cette étude déclaraient avoir déjà été confrontés au suicide d'une personne âgée (70% des médecins généralistes, 40% des infirmiers libéraux ou en Ehpad, 30% des infirmiers diplômés d'Etat en Ssiad, 30% des aides soignants en Ehpad ou en Ssiad).

Mais seulement 20% des soignants qui avaient été confrontés au suicide d'une personne âgée, avaient bénéficié d'un soutien. Dans ces cas là, ce soutien avait pris la forme d'un entretien avec un psychologue (40%) ou d'un débriefing (40%). Dans les autres cas, il s'agissait d'un simple entretien avec un supérieur hiérarchique (17%) ou d'un groupe de parole (10%) (4).

Le recours à un soutien extérieur, pour les soignants, ne va donc pas de soi dans ces situations. Pourtant les questionnements exprimés par les soignants sont assez proches de ceux évoqués par les proches : « *Qu'aurais-je dû faire ?* », « *Pourquoi ne l'ai-je pas vu ?* » ... L'auteur évoque comme explication, la difficulté de demander de l'aide sur le plan psychologique lorsque l'on est un soignant.

A noter que dans cette étude, le suicide de la personne âgée est encore considéré comme un « choix individuel » (75% des soignants dans cette étude évoquent cette idée (médecins, infirmiers, aides-soignants confondus)) (4). Ce discours est peut-être favorisé par un mode de protection défensif de la part des soignants.

La proposition systématique d'un suivi psychologique serait selon l'auteur, une proposition intéressante pour que les soignants soient moins en difficultés par rapport à ces situations éprouvantes.

8. Stratégies de prévention du suicide

a. En population générale

✓ Limitation de l'accès aux modes de suicide

La complication de l'accès aux moyens de se suicider est un des axes de prévention mis en avant, pour limiter l'utilisation des modes de suicide les plus létaux, mais aussi pour diminuer le nombre de passages à l'acte impulsifs.

Un certain nombre de moyens sont mis en avant dans ces politiques de prévention :

- La mise en place de barrières pour éviter de pouvoir sauter depuis les lieux élevés (ponts, etc.), le contrôle plus strict des armes à feu, la restriction d'accès aux produits toxiques comme les pesticides, mais aussi le développement des pots catalytiques sur les voitures, peuvent avoir un effet sur les taux de suicide observés dans une population.

On ne peut cependant pas exclure que la limitation de l'accès à ces modes de suicide aboutisse à en choisir d'autres.

La limitation des moyens de suicide les plus létaux ne peut cependant qu'avoir un effet positif sur la mortalité de ces tentatives de suicide (37, 54).

- **La limitation d'accès aux médicaments à domicile est également mise en avant par les programmes de prévention du suicide (notamment ceux de l'OMS et du Québec). (25, 54).**

Il est également proposé une intervention visant le suivi et éventuellement la révision de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes de 50 ans et plus dans le but d'éviter les interactions médicamenteuses néfastes, mais aussi afin de s'assurer que des moyens de remplacement de cette médication sont également utilisés.

La bonne utilisation des psychotropes a un effet sur le risque d'iatrogénie, mais permet également de limiter leur prescription au long court et donc leur présence à domicile (25).

En Angleterre, la limitation du conditionnement de médicament comme le paracétamol ou l'aspirine a eu un effet positif sur la mortalité par suicide (36).

Le dextropropoxyphène et le méprobamate ont également été retirés du commerce du fait d'une forte mortalité lorsqu'ils étaient utilisés comme mode de suicide.

De toutes les façons, en cas de risque suicidaire, un contrôle du traitement médicamenteux par le conjoint, la famille ou une infirmière est utile pour limiter le risque de passage à l'acte suicidaire.

- Ainsi au Québec il est proposé de mettre en place des activités de sensibilisation de la population aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès (25).

- Des politiques de prévention de la consommation d'alcool sont également proposées pour essayer de limiter leur co-utilisation fréquente lors du passage à l'acte suicidaire.

Ainsi, une prise d'alcool est fréquemment observée lors des tentatives de suicide par des psychotropes. Ces politiques sont particulièrement ciblées sur les populations qui ont la plus forte consommation d'alcool (25, 54).

✓ **Lutte contre l'isolement des personnes âgées**

- Il a été mis en place dans le nord de l'Italie, un service d'appel téléphonique qui permet d'appeler systématiquement deux fois par semaine les personnes âgées isolées socialement à leur domicile.

Lors de ces appels, une évaluation de leurs besoins est réalisée. Ces personnes isolées bénéficient également d'un numéro d'appel d'urgence disponible 24h/24 et qu'elles peuvent utiliser pour tout problème rencontré.

Un effet préventif du suicide avait déjà été retrouvé sur les 5 premières années du suivi de cette cohorte. Les résultats du suivi à 10 ans de cette même cohorte montrent une baisse significative du nombre de décès par suicide dans le groupe suivi par rapport au groupe témoin.

L'effet positif de ce système d'appel téléphonique, est surtout observé pour les femmes, mais est malheureusement moins net pour les hommes âgés dans cette publication.

A noter que le résultat positif de cette étude est d'autant plus intéressant, que le groupe qui a bénéficié du suivi téléphonique avait au début de l'étude un sur-risque suicidaire par rapport au groupe témoin (23, 24).

b. Sur un groupe à haut risque de suicide

Selon les études, près de 90% des suicides de la personne âgée sont en relation avec la présence d'un trouble psychiatrique, majoritairement un trouble dépressif.

Les patients dépressifs sont donc une population à haut risque de suicide.

Le dépistage de ce risque suicidaire doit être systématique dans cette population, par la recherche d'idéations, d'intentions ou de planifications suicidaires.

Il convient en parallèle de rechercher la présence d'une certaine impulsivité sur le plan comportemental, ou l'apparition récente d'une situation de crise qui peut favoriser le passage à l'acte suicidaire.

A nouveau, en cas de verbalisation d'intention suicidaire, l'entourage ou les soignants ne doivent pas banaliser ce discours (37).

✓ Dépistage de la dépression chez la personne âgée

50% des patients âgés qui se sont suicidés ont consulté leur médecin traitant dans le mois précédent.

Dans la majorité des cas les plaintes exprimées étaient d'ordre somatique.

Par contre seulement 15% bénéficiaient de soins psychiatriques au moment de leur décès.

Une meilleure sensibilisation des médecins aux spécificités des troubles psychiatriques de la personne âgée peut donc être un moyen efficace de prévention du passage à l'acte suicidaire (29).

En cas de besoin, le médecin pourra s'aider d'échelle de dépistage de dépression du type GDS (Echelle de dépression gériatrique).

Ces mêmes outils peuvent être utilisés par du personnel paramédical formé à leur utilisation (18).

- Au Japon des actions de dépistage des troubles dépressifs de la personne âgée ont été réalisées au travers de séances d'informations. Ces séances ont été effectuées en mairie lors de conférences ciblées pour un public âgé. A la fin de ces sessions d'information, un questionnaire de dépistage de la dépression était proposé.

En fonction des résultats de ce questionnaire, les personnes âgées potentiellement dépressives étaient orientées vers une prise en charge en médicale (médecine générale ou psychiatrique).

Plusieurs milliers de personnes ont ainsi été suivies pendant 10 ans.

Dans cette étude, le repérage des troubles dépressifs et leur prise en charge a été efficace pour les femmes, avec une réduction de 60% des suicides. Il n'y a par contre pas eu d'efficacité observée pour les hommes (49,50).

✓ Suivi des patients âgés dépressifs

L'étude américaine multicentrique PROSPECT (PREvention Of Suicidal in Primary care Elderly ; Collaborative Trial) ciblée sur les personnes dépressives âgées de plus de 60 ans, retrouve une efficacité de la prise en charge structurée de la dépression pour réduire la fréquence des idéations suicidaires.

Le « groupe traité » bénéficiait d'un suivi selon les recommandations de l'American Psychiatric Association (APA), adaptées aux spécificités de la personne âgée notamment par rapport à la tolérance des traitements. Le « groupe témoin » bénéficiait d'un suivi classique.

Si on regarde le détail des interventions, le « groupe traité » a bénéficié tout au long du suivi de 12 mois, de significativement plus de traitements antidépresseurs ou de psychothérapies que le « groupe témoin ».

La fréquence des idées suicidaires dans le « groupe traité » baissait ainsi de 29,4% à 16,5%, en 4 mois, soit une baisse plus nette que dans le « groupe témoin ».

Cet effet a été plus important en cas de prise en charge d'une dépression d'intensité modérée à sévère. La disparition des idées suicidaires est survenue également plus rapidement dans le « groupe traité » que dans le groupe témoin.

Les scores à l'échelle Hamilton de Dépression, ont également diminué plus fortement dans le « groupe traité » que dans le « groupe témoin ».

En améliorant la prise en soins de la dépression de la personne âgée ont obtenu donc des résultats dans ces études qui peuvent faire espérer une diminution des passages à l'acte suicidaire (3, 13).

L'utilisation des traitements antidépresseurs semble également efficace, dans une autre publication, pour réduire les tentatives de suicides de patients âgés atteints de dépression sévère (âge moyen des sujets 76ans \pm 6,6ans).

Ainsi dans cette étude rétrospective, les patients atteints de dépression sévère qui n'avaient pas fait de tentative de suicide dans le mois précédent étaient plus souvent sous antidépresseurs que ceux qui avaient fait une tentative de suicide.

Le plus souvent ces patients avaient été mis sous traitements antidépresseurs sérotoninergiques : 29% dans le groupe contrôle contre 21% dans le groupe ayant fait une tentative de suicide (7).

Une récente revue de la littérature sur l'utilisation des antidépresseurs sérotoninergiques dans la dépression, retrouve un effet préventif du suicide par ces traitements antidépresseurs chez les plus de 65 ans. Cela serait vrai pour les dépressions d'intensité modérée ou sévère (9).

Une méta-analyse de 372 essais en double aveugle (prise d'antidépresseur contre prise de placebo), ayant été soumis à la Food and Drug administration aux USA, retrouve une diminution des suicides et des comportements suicidaires lorsqu'un traitement antidépresseur est utilisé chez une personne de plus de 65 ans (57).

L'utilisation des antidépresseurs tricycliques est cependant à éviter dans la mesure du possible du fait d'un risque léthal apparaissant assez rapidement en cas de surdosage, lorsque ce traitement est utilisé dans un but suicidaire (34).

Le traitement antidépresseur seul ne suffit bien sûr pas, mais est un élément important dans la stratégie globale de prise en charge de la dépression du sujet âgé et de prévention du suicide.

✓ **Suivi des patients âgés ayant fait une tentative de suicide récente**

Plus d'un tiers des sujets âgés a déjà fait une tentative de suicide avant de mourir des suites d'un nouveau suicide (34). Il s'agit donc d'un facteur majeur de récurrence, et un suivi structuré de ces tentatives de suicide est nécessaire dans le cadre d'une prévention secondaire.

c. Rôle des Médias

La façon dont les médias rapportent un suicide peut avoir un effet sur le risque suicidaire en population.

Ainsi l'utilisation de titres dramatiques ou de photos chocs, une description trop détaillée des modalités du suicide, une banalisation du suicide, la survenue du suicide d'une célébrité peuvent avoir un effet facilitant le passage à l'acte suicidaire pour des individus fragilisés.

La plupart des programmes de prévention du suicide, ont intégré des conseils sur la façon de rapporter un tel événement avec une certaine efficacité lorsqu'ils sont appliqués (37, 54).

Le développement d'un partenariat avec les journalistes est ainsi proposé au Québec pour faciliter le traitement approprié du suicide dans les médias. (25)

9. Conclusion

Une grande diversité de modèles et/ou d'expérimentation en lien avec la prévention du suicide des personnes âgées existe sur le territoire français. Quelques exemples ont été repris dans la publication proposée en octobre 2013 par le Comité National pour la Bienveillance et les droits des personnes âgées et Handicapées (CNBD) (19).

Le rapport du CNBD précisait également qu'il est constaté qu'en France, une très grande variabilité de dispositifs spécifiques de prévention du suicide existe selon les territoires.

Le développement d'actions de prévention du suicide spécifique à la population âgée est intéressant à encourager du fait de la particularité de la clinique psychiatrique chez la personne âgée et des fréquentes co-morbidités observées à cet âge.

En conclusion, beaucoup d'actions de prévention existent pour diminuer le risque suicidaire. Ce dernier ne doit pas être vu comme une fatalité, tout particulièrement lorsqu'il concerne la population âgée.

L'Office fédéral suisse a repris dans ce schéma synthétique les grands axes indispensables à la prévention du suicide.

Pensé à l'échelle de la France, ce schéma permet de se rendre compte que **de nombreuses pistes d'actions sont encore à développer, structurer ou renforcer.**

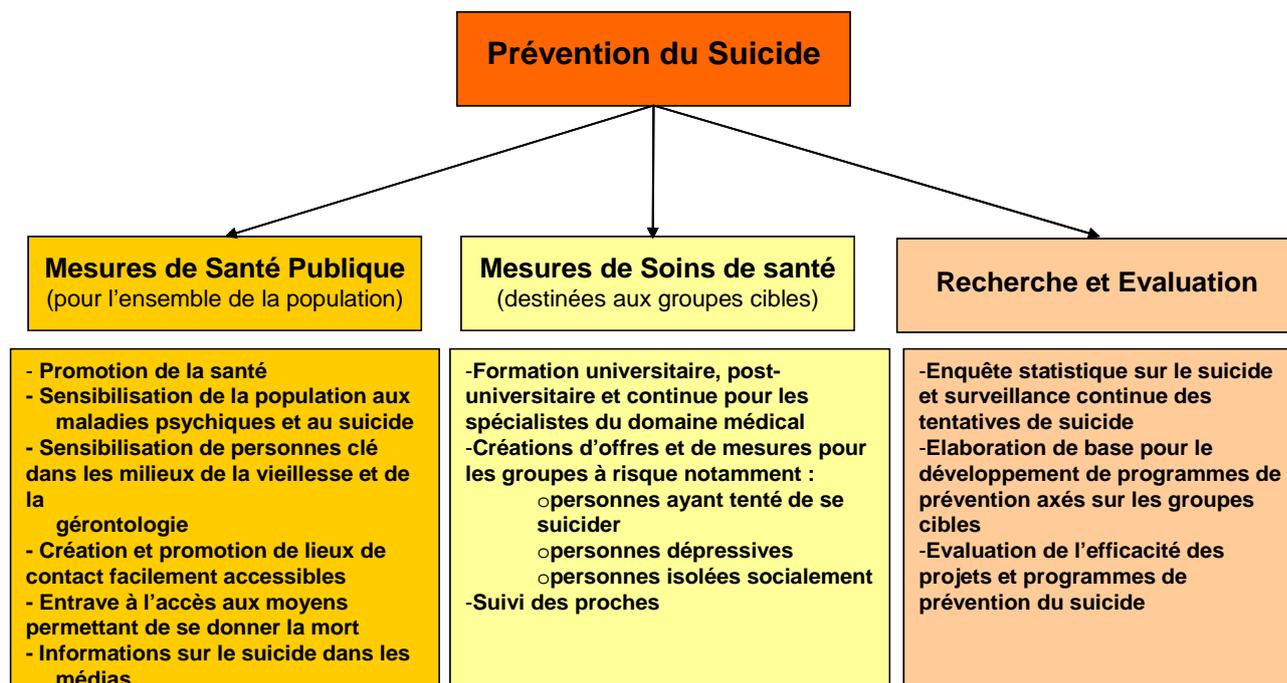


Figure n° 10 : Possibilité de prévention du suicide d'après l'Office Fédéral Suisse (47).

Références

1. ALMEIDA, O.P., DRAPER, B., SNOWDON, J., et al. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 2012, vol. 201, n°6, pp. 466-72.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé 1996. Paris : Editions Masson, 2003.
3. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviours*. Arlington: American Psychiatric Association, 2003.
Disponible sur : <psychiatryonline.org/> (Page consultée en Décembre 2013).
4. ANDRY, S. *Le Suicide des personnes âgées*. Mémoire : DU de Gérontologie : Université Paris VI, 2009.
Disponible sur : <www.clic7.com/> (Page consultée en Décembre 2013).
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. *Etudes et Résultats*, 2002, n°185.
6. AOUBA, A., PEQUIGNOT, F., CAMELIN, L., et al. La mortalité par suicide en France en 2006. *Études et Résultats*, 2009, n°702.
7. BARAK, Y., OLMER, A., AIZENBERG, D. Antidepressants reduce risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropsychopharmacology*, 2006, n°31, pp. 178-181.
8. BALDWIN, R.C., ANDERSON, D., BLACK, S., et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003, n°18, pp. 829-838.
9. BARBUI, C., ESPOSITO, E., CIPRIANI, A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *Canadian Medical Association Journal*, 2009, n°180, vol. 3, pp. 291-97.
10. BARRACLOUGH, B.M. Suicides in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 1991, Special suppl. n°6, pp. 87-97.
11. BAZIN, N. Conduites suicidaires et dépression du sujet âgé. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, 2004, vol. 2, Suppl. 1, S29-S33.
12. BECK, F., GUIGNARD, R., DU ROSCOËT, E., et al. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. In : Suicide et tentatives de suicide : Etat des lieux en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2011, n°47-48, pp. 488-492.
13. BRUCE, M.L., TEN HAVE, T.R., REYNOLDS III, C.F., et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *JAMA*, 2004, vol. 291, n°9, pp. 1081-1091.
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, n°51, pp. 55-64.
15. CAVANAGH, J.T., CARSON, A.J., SHARPE, M., et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2003, vol. 33, n°3, pp. 395-405.
16. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*. (Mise à jour 2012).
Disponible sur : <www.cdc.gov/>
17. CHAN-CHEE, C., JEZEWSKI-SERRA, D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. *Bulletin Épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n°47-48, pp. 492-96.
18. CLEMENT, J.-P., NASSIF, R.F., LEGER, J.M., et al. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. *Encephale*, 1997, vol. 23, n°2, pp. 91-99.

19. Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées. *Prévention du suicide chez les personnes âgées*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.
20. CONWELL, Y., DUBERSTEIN, P.R., CAINE, E.D. Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 2002, vol. 52, pp. 193–204.
21. CONWELL, Y., LYNES, J.M., DUBERSTEIN, P., et al. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *Journal of the American Geriatric Society*, 2000, vol. 48, pp. 23-29.
22. CORYELL, W., YOUNG, E.A. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, vol. 66, n°4, pp. 412-417.
23. DE LEO, D., CAROLLO, G., DELLO BUONO, M. Lower suicide rates associated with a Tele help/Tele-check service for elderly at home. *The American Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 152, pp. 632-634.
24. DE LEO, D., DELLO BUONO, M., DWYER, J. Suicide among elderly: the long-term impact of telephone support assessment intervention in northern Italy. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 2002, vol.181, pp. 226-29.
25. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012. Coll. Des données à l'action.
Disponible sur : <publications.msss.gouv.qc.ca/> (Page consultée en Décembre 2013).
26. Fédération française de psychiatrie, ANAES. (4ème Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie, Paris, 19-20 décembre 2000). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : Fédération française de psychiatrie, ANAES, 2000.
27. Fédération française de Psychiatrie. (Auditions publiques, Paris, 25-26 Novembre 2009). *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : Modalités d'aide et de soutien*. Les recommandations. Paris : Fédération française de Psychiatrie, 2010.
Disponible sur : <www.psydoc-france.fr/> (Page consultée en Décembre 2013).
28. GANZINI, L., GOY, E.R., MILLER, LL., et al. Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *The New England Journal of Medicine*, 2003, vol.349, pp. 359-65.
29. HARWOOD, D., HAWTON, K., HOPE, T., et al. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2000, vol. 15, n°8, pp. 736-43.
30. HARWOOD, D., HAWTON, K., HOPE, T., et al. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16, n°2, pp. 155-65.
31. HARWOOD, D., HAWTON, K., HOPE, T., et al. The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 2002, vol. 72, n°2, pp. 185-94.
32. HARWOOD, D., HAWTON, K., HOPE, T., et al. Suicide in older people without psychiatric disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006, vol. 21, n°4, pp. 363-367.
33. HARWOOD, D., HAWTON, K., HOPE, T., et al. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*, 2006, vol. 36, n°9, pp. 1265-1274.
34. HARWOOD, D., JACOBY, R. Suicide chez les sujets âgés. *EMC – Psychiatrie*, 2006, article [37-500-A-80], pp. 1-8.
35. HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic*. Argumentaire. Saint-Denis : HAS, 2009.

36. HAWTON, K., TOWNSEND, E., DEEKS, J., et al. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylates on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ*, 2001, vol. 322, pp. 1203-1207.
37. HAWTON, K., VAN HEERINGEN, K. Suicide. *The Lancet*, 2009, vol. 373, n°9672, pp. 1372-81.
38. HAZIF-THOMAS, C., DECAYEUX, S., THOMAS, P. Dépression du sujet âgé et risque suicidaire. *Soins Psychiatrie*, 2006, n°246, pp. 32-35.
39. Inserm, Centre d'Epidémiologie sur les causes de Décès. *Causes de décès pour l'année 2010 en France*. (Données en lignes).
Disponible sur : < www.cepidc.inserm.fr >
40. INVS. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 13 décembre 2011, n° 47-48.
41. KESSLER, R.C., BORGES, G., WALTERS, E.E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, vol. 56, n°7, pp. 617-626.
42. LANE, J., ARCHAMBAULT, J., COLLINS-POULETTE, M., et al. *Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec : Publication du service Santé et Services sociaux Québec, 2010.
Disponible sur : < publications.msss.gouv.qc.ca/ > (Page consultée en décembre 2013).
43. LEON, A.C., SOLOMON, D.A., LI, C., et al. Antidepressants and risks of suicide and suicide attempts : a 27 year observational study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2011, vol. 72, n°5, pp. 580-586.
44. MALPHURS, J.E., COHEN, D. A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, vol. 13, pp. 211-17.
45. MICHEL, G., AQUAVIVA, E., AUBRON, V., et al. Suicides: mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. In: BECK, F., GUILBERT, P., GAUTIER, A. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Inpes, 2007, pp. 487-506.
46. Ministère des affaires sociales et de la santé. Etat des lieux du suicide en France. Site du Ministère des affaires sociales et de la santé, 4 juillet 2013.
Disponible sur : < www.sante.gouv.fr > (Page consultée en décembre 2013).
47. Office fédéral de santé publique. *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)*. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2005.
48. OSLIN, D.W., ZUBRITSKY, C., BROWN, G., et al. Managing suicide risk in late life: access to firearms as a public health risk. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, vol. 12, n°1, pp. 30-6.
49. OYAMA, H., KOIDA, J., SAKASHITA, T., et al. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal*, 2004, vol. 40, pp. 249-263.
50. OYAMA, H., ONO, Y., WATANABE, N., et al. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2006, vol. 60, n°1, pp. 110-114.
51. PRITCHARD, C., HANSEN, L. Comparison of suicide in people aged 65-74 and 75+ by gender in England and Wales and the major Western countries 1979-1999. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, vol. 20, pp. 17-25.
52. RAUE, P.J., BROWN, E.L., MEYERS, B.S., et al. Does every allusion to possible suicide require the same response? A structured method for assessing and managing risk. *The Journal of Family Practice*, 2006, vol. 55, n°7, pp. 605-612.
53. RUBIO, A., VESTNER, A.L., STEWART, J.M., et al. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biological Psychiatry*, 2001, vol. 49, n°2, pp. 137-45.
54. SCOTT, A., GUO, B. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* HEN synthesis report. Copenhagen: World Health Organisation, 2012.

- 55.SFGG, FFP, SPLF, et al. *Dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé. Repérage, diagnostic, identification des signes d'alerte et stratégie de prise en charge*. Établissements. Malette Mobiquat. Suresnes : SFGG, 2013.
- 56.STEIN, D.J., CHIU, W.T., HWANG, I., et al. Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behaviour: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS One*, 2010, vol. 5, n°5, e10574.
- 57.STONE, M., LAUGHREN, T., JONES, M.L., et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*, 2009, vol. 339, b2880.
- 58.SZANKO, K., GILDENGGERS, A., MULSANT, B.H., et al. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging*, 2002, vol. 19, n°1, pp. 11-24.
- 59.TESSIER, J.-F., CLEMENT, J.P., LEGER, J.M. Le corps comme outil de suicide : approche d'une modalité suicidaire chez l'âge. *Psychologie Médicale*, 1989, vol. 21, n°4, pp. 512-516.
- 60.TURVEY, C.L., CONWELL, Y., JONES, M.P., et al. Risk factors for late-life suicide : A prospective, community-based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002, vol. 10, pp. 398-406.
- 61.VAIVA, G., PLANCKE, L., DUCROCQ, F., et al. Les appels au Samu pour tentative de suicide peuvent-ils être utilisés pour apprécier le nombre de tentatives de suicide dans une population ? *La Presse Médicale*, 2011, vol. 40, n°7-8, pp. 770-2.
- 62.Van Orden K.A., Simning A., Conwell Y. et al. Characteristics and Comorbid Symptoms of Older Adults Reporting Death Ideation. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013; 21(8):803-10.
- 63.VAN VYVE, M. La notion de suicide. *Revue Philosophique de Louvain*, 1954, Troisième série, Tome 52, n°36, pp. 593-618.
- 64.WAERN, M., RUBENOWITZ, E., RUNESON, B., et al. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ*, 2002, vol. 324, n°7350.
- 65.WAERN, M., RUNESON, B.S., ALLEBECK, P., et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002, vol. 159, n°3, pp. 450-455.
- 66.WAERN, M. Physical illness and suicide in the elderly. *Geriatrics and Aging*, 2003, vol. 6, pp. 56-59.
- 67.WELCH, S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 2001, vol. 52, n°3, pp. 368-75.
- 68.WIKTORSSON, S., RUNESON, B., SKOOG, I., et al. Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010, vol. 18, n°1, pp. 57-67.
- 69.World Health Organisation. *Suicide Prevention (SUPRE)*. 2012. [Document en ligne] Disponible sur : < www.who.int/ > (Page consultée en décembre 2013)
- 70.World Health Organisation. *Statistiques suicide pour la France*. 2007. [Document en ligne] Disponible sur : < www.who.int/ > (Page consultée en décembre 2013)
- 71.World Health Organisation. *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Genève: World Health Organisation, 2012. 26 p

Annexes

Annexe 1 : Critères diagnostics d'un épisode dépressif majeur, DSM-IV-TR.

Annexe 2 : Maladies pouvant exposer à un risque de dépression.

Annexe 3 : Outil « R.U.D » (Risque, Urgence, Dangerosité) de réflexion, de repérage et d'aide à l'analyse du risque suicidaire

ANNEXE N°1 : Critères diagnostiques d'un Episode Dépressif Majeur selon le DSM-IV-TR (2) [a]

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 (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : 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 toute 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.

N.B. : 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 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'épisode 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 (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire 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.

[a] NB : La Mise à jour des critères DSM V (version française) de dépression majeure est en attente à la date de publication de la recommandation

ANNEXE N°2 : Maladies pouvant exposer à un risque de dépression (55)

Maladies Neurologiques	Accident vasculaire cérébral Maladie d'Alzheimer ou apparentées Maladie de Parkinson...
Maladies Cardio-respiratoires	Infarctus du myocarde Insuffisance cardiaque ou respiratoire...
Maladies Endocriniennes	Diabète Hypercorticisme Hypo ou hyperthyroïdie Hyperparathyroïdie...
Autres maladies	Cancers Douleur chronique Déficits sensoriels auditif ou visuel Apnée du sommeil...

ANNEXE N°3 : Outil « R.U.D » (Risque, Urgence, Dangérosité) de réflexion, de repérage et d'aide à l'analyse du risque suicidaire (55)

1) Risque

Facteurs de risque primaires (I)	Facteurs de risque secondaires (II)	Facteurs de risque tertiaires (III)
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs les plus importants • Ont valeur d'alarme • Non présents en temps normal • Valides individuellement • Influencés par la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de la « vie courante » pour certains • N'ont pas valeur d'alarme • Valides statistiquement seulement • Peu influencés par la prise en charge • Intérêt associés aux facteurs I 	<ul style="list-style-type: none"> • Événements naturels • N'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs I et II
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trouble psychiatrique aigu : dépression, intoxication alcoolique... ✓ Communication d'une intention suicidaire ✓ Antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires ✓ Propension à l'impulsivité, l'agressivité, ou la violence 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pertes parentales précoces ✓ Traumatismes et abus durant l'enfance ✓ Isolement social, affectif ✓ Problèmes financiers, chômage ✓ Événements de vie négatifs significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sexe masculin ✓ Adolescence ✓ Sénescence ✓ Période prémenstruelle ✓ Saison de l'été

2) Urgence

Avez-vous des idées suicidaires ?

- ✓ Fréquence : Combien de fois y avez-vous pensé ?
- ✓ Durée : Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?
- ✓ Éléments dissuasifs : Y-a-t-il des choses qui vous ont empêché de penser/de mettre à exécution vos pensées ?
- ✓ Où, Quand, Comment envisagez-vous de vous suicider ?

3) Dangérosité

Avez-vous accès à un moyen léthal ?

- ✓ Accessibilité du moyen
- ✓ Létalité du moyen envisagé