Cas clinique

Daniel Letonturier
Hôpital gériatrique de L'Isle-Adam – Parmain
dletonturier@chantepiemancier.fr

Mots clés : suicide ; personne âgée ; dépression ; isolement social ; prévention

Mr Gérard C., âgé de 77 ans, a une altération sévère de l'état général, due à une cachexie généralisée (43,2 kg, IMC 16 kg/m^2) dont est responsable un cancer du pancréas découvert il y a un an. Un cancer rectal dont témoigne des rectorragies intermittentes a en outre été diagnostiqué plus récemment. Il a refusé tout traitement de son cancer du pancréas et ne semble pas conscient de son cancer rectal. Sa dépendance physique et son agitation nocturne ont rendu son maintien à domicile difficile. Il est hospitalisé surtout pour donner un répit à son épouse complètement épuisée…

Abstract: Suicide in the elderly. Key points
Suicide in the elderly is a frequent cause of death coming after somatic natural causes related to chronic diseases and pathological aging. This is certainly no longer a marginal phenomenon. It appears as a real plague in public health among the current generation of "aging boomers". Two risk factors are widely acknowledged: depression, requiring early diagnosis and treatment, social isolation which requires the creation of social ties to give better help in case of serious situations of break-ups and complicated grief. The challenge of management is to destigmatize the persistent taboo around suicide: prevention is possible by identifying its earliest warning signs, which we should never undervalue.
Key words: Aged; Depression; Prevention; Social Isolation

Le suicide chez la personne âgée

Bref dossier clinique

Lors de son hospitalisation, Mr C. est mutique, comme en stupeur mélancolique et n'exprime aucune revendication ni souffrance particulière. Prostré sur son lit, il demeure alerte et exprime le vœu de tranquillité. Il refuse calmement l'examen physique et l'interrogatoire relatif à son état de santé actuel. Il n'a aucune plainte physique ou psychologique, se dispense de tout commentaire. Après son admission, il refuse toute prise alimentaire pendant 48 heures.

L'examen clinique ne montre que peu de choses : TA de repos normale, fréquence cardiaque à 90 bpm avec des bruits du cœur réguliers sans souffles aux 4 foyers et aux vaisseaux du cou, sans signes d'insuffisance cardiaque droite ni gauche, ni de signes fonctionnels respiratoires, de phlébite et d'ischémie distale. L'abdomen et le pelvis sont souples, indolores, extrêmement creusés en barque, sans masse palpable ni organomégalie. Il n'existe pas d'ictère cutanéo-conjonctival. L'examen neurologique est normal, en l'absence de céphalées, de signes confusionnels et de focalité. La biologie très complète montre entre autres une ferritinémie élevée à 764 ng/mL et une forte élévation du CA 19-9.

Au petit matin du 3e jour, Mr C. fait une tentative de suicide : il est retrouvé en situation de strangulation dans son lit avec les moyens du bord (deux écharpes très serrées autour du cou avec la corde de la sonnette et une fourchette ancrée sur le trajet de la carotide gauche). Le psychiatre de liaison consulté prescrit un traitement de psychotropes : sertraline (Zoloft®) 100 mg par jour le matin, pour faire diminuer la charge anxieuse et contrôler par la suite la dépressivité thymique, aripiprazole (Abilify®) 15 mg le matin, pour potentialiser la sertraline et éviter un virage maniaque, miansérine (Athymil®) le soir à la posologie de 15 puis 30 mg par jour afin de contrôler la privation de sommeil datant d'au moins 2 à 3 semaines. L'évolution est plutôt favorable : bonne observance de l'ordonnance, absence de récidive de raptus anxieux et d'idéations morbide et suicidaire. Mais des effets secondaires surviennent rapidement : chutes dès J6 (hypotension orthostatique d'intensité sévère et symptomatique, avec tachycardie compensatrice), diarrhée permanente, répétition des rectorragies, déshydratation progressive… La sertraline est diminuée à 50 mg par jour dès J10, l'aripiprazole arrêté dès J12.

DOI : 10.1684/med.2014.1089

Le test de dépression GDS de Yesavage à 15 items, accepté par Mr C., est paradoxalement à seulement 2 sur 15 à J10 ce qui est en faveur de l'absence de dépression ou d'un profil clinique à risque. À J29, le test MMSE a un score de 19 sur 30 ce qui témoigne d'un déclin neuro-cognitif avéré rapporté à une « pseudo-démence ».
Selon son désir et les souhaits de son épouse, Mr C. revient à son domicile à J30 avec des aides renforcées (3 fois par jour). Il y décède trois jours plus tard sans aucun contexte de détresse existentielle ni environnementale selon son médecin traitant qui l'a accompagné et continue de suivre son épouse.

Au travers de ce cas clinique, 3 questions principales se posent :
1. Peut-on prévenir le risque de suicide ?
2. Comment l'évaluer ?
3. Comment prendre en charge le sujet âgé suicidaire ou suicidant ?

Prévenir le risque suicidaire

Dépression chez la personne âgée

La montée inquiétante du taux de suicide chez les hommes âgés de plus de 75 ans laisse perplexe dans un pays développé industrialisé européen tel que la France : les campagnes du « bien-vieillir » perdraient-elles leur efficience au-delà de la tranche d'âge des 60-74 ans ? [1]. L'avancée en âge de la génération du « baby-boom » laisse alors présager une ampleur plus forte du phénomène suicidaire dans les années à venir [2], sauf à mieux prévenir la dépression des séniors et l'isolement socio-familial des personnes devenues très âgées. La dépression a des conséquences redoutables sur l'état de santé de la personne âgée, alors qu'elle est curable [3] ; elle est à l'origine de nombreux suicides [4]. Le passage à l'acte suicidaire est plus violent et plus dangereux que chez l'adulte jeune, volonté évidente d'en finir beaucoup plus manifeste et radicale. Les tentatives de suicide sont moins fréquentes avec l'avancée en âge alors que le taux de mortalité par suicides suit une courbe ascendante, les suicides accomplis prédominant chez les hommes, les tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les femmes. Le taux de suicides accomplis chez les personnes âgées sur l'année 2008 en France (l'un des plus élevés en Europe de l'Ouest [5]), était le double de celui de la population générale : 6,7 pour 100 000 chez les 15-24 ans, 21,4 chez les 35-44 ans, 22,3 chez les 55-64 ans, 31,0 chez les 75-84 ans et 41,7 chez les 85-94 ans. Les conditions qui augmentent le risque de suicide sont le veuvage, le divorce, la solitude, le soutien social faible [6], la souffrance liée aux maladies somatiques [7], celle liée à des troubles psychiatriques autres que la dépression notamment l'anxiété pathologique et les attaques de panique [7], l'insomnie et les cauchemars [8], la psychodépendance d'origine énolique et les troubles psycho-pathologiques induits par celle-ci et que définit le DSM-IV [9].

Deux formes cliniques particulières de dépression sont à haut risque suicidaire chez le sujet âgé [3, 10] : la dépression *tardive (late onset depression)*, souvent accompagnée d'un syndrome pseudo-démentiel, certainement reliée en amont à une crise du vieillissement, mal ou non toléré ou rejeté [10] ; la dépression dite *mélancolique* où il y a désagrégation de l'acceptation et l'estime de soi, certains auteurs la considérant comme une « dépression vitale » touchant électivement la population âgée [10]. La dépression est aussi décrite chez 35 % des personnes souffrant de douleurs chroniques et chez au moins 45 % des sujets en fin de vie admis en service de soins palliatifs [11].

Le risque suicidaire peut être méconnu chez la personne âgée car les plaintes alléguées ne sont pas tant des idées suicidaires que des symptômes banalisés tels que la fatigue ou l'anxiété vite mis sur le compte du vieillissement [7]. Dans une étude réalisée en soins primaires (120 sujets âgés américains) la perte des liens sociaux (sentiments douloureux de solitude, sensation d'être une charge pour l'entourage) a été reconnue comme une forme de détresse par laquelle le risque suicidaire est présent de façon concrète [12] : 29 % avaient une intention suicidaire planifiée, 21 % avaient déjà fait une première tentative au cours de leur parcours de vie.

En dehors même de tout état dépressif majeur sous-jacent, il est possible d'établir un profil clinique (« portrait robot ») du patient âgé dépressif à risque suicidaire dans les 3 champs symptomatiques énoncés dans le *tableau 1* [13].

Les échelles classiques de repérage (le score de GDS utilisé dans ce cas clinique n'était qu'à 2 sur 15) ne sont que des tests de dépistage dont la négativité ne suffit pas à éliminer le diagnostic de dépression : elles ne peuvent se substituer à l'expertise spécialisée psychiatrique [14]. D'autres outils sont utiles : *MobiQual*, programme national dont l'objectif est d'améliorer les pratiques professionnelles sur la pathologie dépressive en institution et au domicile, échelle psychométrique *Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS)*. La version française de ce score de dépistage de la dépression chez des patients cancéreux en soins palliatifs a été validée (sensibilité de 82,4 %, spécificité de 68,4 %, *encadré 1*) dans une étude dont la principale limite était qu'elle concernait des patients âgés de 50 à 69 ans, ce qui peut poser problème au-delà (mais les âges extrêmes étaient de 21 et 82 ans) [15].

Tableau 1. Symptomatologie du patient âgé dépressif à risque suicidaire (d'après [13]).

Signes comportementaux	– Isolement – Pensées mortifères – Mise en ordre des affaires personnelles – Abus de toxique tel l'alcool – Diminution de l'alimentation – Négligence – Lassitude, démotivation
Signes de nature affective	– Pessimisme – Ennui – Tristesse – Indécision – Désespoir – Difficultés d'attention et de concentration – Pensées dépressives récurrentes – Sentiment de culpabilité – Chaos émotionnel : colère, pleurs, stupeurs...
Signes physiques	– Asthénie – Algie récente, intense, multifocale mais non systématisée et envahissante, ou algies rebelles – Troubles mnésiques ou cognitifs – Troubles de l'appétit et/ou amaigrissement – Troubles du sommeil – Prurit généralisé – Symptômes cardiaques et/ou respiratoires.

Encadré 1.

Version française de la *Brief Edinburgh Depression Scale* [d'après [15])

Je me suis fait des reproches inutilement lorsque les choses allaient mal
Oui, la plupart du temps (3*). Oui, quelquefois (2). Pas très souvent (1). Non, jamais (0).

J'éprouve une sorte de panique comme si quelque chose d'horrible allait se passer
Oui, c'est ça, et c'est vraiment fort (3). Oui, mais pas très fort (2). Un peu, mais ça ne me tracasse pas (1). Pas du tout (0).

Je me suis senti(e) totalement dépassé(e) par la situation
La plupart du temps et je n'ai pas du tout pu faire face (3). Oui, quelquefois, et je n'ai pas pu faire face aussi bien que d'habitude (2). Non, la plupart du temps j'ai pu faire face assez bien (1). Non, j'ai pu faire face aussi bien que d'habitude (0).

J'ai été tellement contrarié(e) que j'ai eu du mal à dormir
Oui, la plupart du temps (3). Oui, assez souvent (2). Pas très souvent (1). Non, pas du tout (0).

Je me suis senti(e) triste et accablé
Oui, la plupart du temps (3). Oui, assez souvent (2). Pas très souvent (1). Non, pas du tout (0).

J'ai eu des idées de suicide
Oui, assez souvent (3). Quelquefois (2). Presque jamais (1). Jamais (0).

* Cotation de 3 à 0. Le test est considéré comme positif au-delà de 6.

En médecine générale, un test de repérage de la dépression a été élaboré par l'équipe française de Duburcq à partir d'un court auto-questionnaire à 4 items [16], avec une sensibilité de 82,5 % et une spécificité de 54,6 % en cas de réponse positive à l'une des 4 questions suivantes : *« Avez-vous des troubles du sommeil », « Vous sentez-vous tout le temps fatigué(e) ? », « Vous sentez-vous nerveux(se), tendu(e) ? », « Avez-vous du mal à faire face aux événements ? »* Pour le patient du cas clinique, le taux de réponse était de 4 sur 4, malgré la très forte négativité de l'échelle GDS : il est donc souhaitable de combiner plusieurs échelles.

La stratégie de prévention du risque suicidaire est basée sur trois étapes d'analyse [3, 17] :
– L'affirmation du risque suicidaire qu'il est impératif d'évaluer en recherchant des facteurs de risque qui serviront de critères en pratique clinique.
– Le suivi actif et rapproché du patient grâce à une évaluation de la progression de la crise suicidaire.
– La mise en place d'une relation d'aide grâce à la structuration d'un dispositif de soutien aux personnes âgées en situation de souffrance psychique intense.

Prévention primaire et secondaire du suicide

La prévention primaire s'adresse à un sujet âgé ayant présenté une plainte suicidaire et la prévention secondaire à un sujet âgé ayant fait sa tentative de suicide. La plainte suicidaire est paradoxalement peu reconnue tout en étant fréquente, peu détectée car banalisée par la vieillesse. Elle devrait davantage alerter de par sa gravité puisque le ratio tentative de suicide/suicide réussi est de 1 dans la population gériatrique. En région Rhône-Alpes, de telles situations de

détresse sont évaluées grâce à une grille de reconnaissance du risque suicidaire comprenant deux parties [18].
La première identifie les facteurs de risque définis par les études épidémiologiques : signes de dépression (définitions du DSM-IV), changement de comportement de type évitement et opposition, expression de sentiments négativistes face à un vécu d'isolement ou de solitude, inadéquation de la stratégie d'adaptation face aux maladies et aux incapacités (inefficacité du *coping*), conduites addictives et/ou alcoolisme, signes physiques en rapport avec une altération de l'état général et/ou une négligence de l'intégrité physique de type incurie, sujet masculin, beaucoup plus à risque.
La deuxième recherche des critères d'alerte ou d'urgence qui imposent la mise en place d'un dispositif de soutien car ils constituent des facteurs précipitants au déroulement d'une crise suicidaire : événements de vie traumatisants récents à l'origine de situations de deuils telles que les ruptures socio-familiales, la perte d'êtres chers, les changements brusques d'environnement, éventuel(s) antécédent(s) de tentative de suicide, décompensation en catastrophe de l'état émotionnel dont témoigne l'intensité des sentiments de désespoir. À partir d'une cotation sur tous ces indices, un degré d'urgence de prise en charge est établi et un dispositif d'aide est mis en place grâce à une réponse pertinente face aux besoins de la personne âgée au sein du réseau de soins local.
La verbalisation des idées suicidaires, que permet par exemple l'autoquestionnaire présenté en *encadré 2*, permet d'établir ce diagnostic ; il est faux de penser que le questionnement du patient sur ses idées suicidaires peut favoriser le passage à l'acte [19].

Encadré 2.

Geriatric Suicide Ideation Scale (d'après [20])

- Je pense à des moyens spécifiques pour me tuer
- Si j'avais le courage, j'en finirais
- Je n'ai pas d'intérêt à continuer une existence vide
- Je souhaite que ma vie se termine bientôt
- Ma famille serait mieux sans moi
- J'ai déjà sérieusement envisagé le suicide dans le passé
- Je me sens dépérir
- Plus rien ne me retient dans ce monde
- Je veux en terminer avec la vie
- Si les choses tournent mal, je veux mettre fin à ma vie

Évaluer la progression ou l'évolution de la crise suicidaire

La crise suicidaire peut être définie comme un moment de crise psychique, au cours de la vie du sujet, où celui-ci aura épuisé progressivement ses ressources adaptatives, psychologiques et comportementales. Il va alors envisager progressivement le suicide comme la seule voie de recours face aux difficultés qu'il éprouve et rencontre sur tous les plans (physique, psychologique, social, familial, spirituel, etc.) [21]. Il y a distorsion cognitive : la personne ne perçoit et n'analyse plus de façon réaliste et objective les événements extérieurs ou ses propres capacités à faire face. Du fait de son image altérée et dévalorisée d'elle-même, elle se sent impuissante à surmonter ses émotions et à affronter les événements de sa vie [22]. La crise suicidaire se traduit alors par des signes de rupture par rapport au comportement habituel. Au-delà de la manifestation explicite des idées suicidaires témoignant du désespoir, la notion de progression ou d'évolution des idées de mort se concrétise comme suit (Terra JL et Seguin D [In 18]) :

1 – « flashs » ou idéations suicidaires (c'est le seul fait de penser épisodiquement à la mort) ;
2 – pensées suicidaires occasionnelles ;
3 – pensées suicidaires fréquentes ;
4 – planification du suicide en cours (ceci signifie que la personne a décidé que le suicide est la seule solution) ;
5 – planification complète au-delà de 48 heures (ceci s'entend dans le sens : où, quand, comment, avec quoi l'évolution se poursuit par la constitution d'un scénario qui devient abouti au stade 7) ;
6 – planification complète dans les 48 heures ;
7 – planification du suicide complète ;
8 – tentative effectuée ;
9 – décès.

Selon l'ANAES, l'urgence de la menace suicidaire doit être évaluée selon trois degrés d'intensité : faible en l'absence de scénario suicidaire de dangerosité construit, moyenne s'il existe mais avec une date de réalisation éloignée ou imprécise, élevée s'il existe une planification précise ou une date arrêtée pour les jours suivants [19] *(tableau 2)*.

Prendre en charge le sujet âgé suicidaire ou suicidant

L'hospitalisation

L'hospitalisation d'un patient suicidant (avec son accord ou sous contrainte à la demande d'un tiers) n'est pas à elle seule une mesure suffisante pour éviter un passage à l'acte, comme on le constate dans ce cas clinique. Elle a pour but de soustraire le patient à un contexte suicidogène et d'éloigner ou limiter l'accès à des moyens létaux, pour diminuer le risque de passage à l'acte, mettre en place un traitement intensif adapté face à l'impulsivité ou l'agitation du patient.
Elle n'est efficace que si la relation médecin/patient qui s'instaure est de qualité, relation face à face et en toute confidentialité, pour permettre au patient de mettre à jour sa souffrance, aborder directement avec lui le sujet de ses idées suicidaires au cours d'un entretien à la fois directif et empathique. Identifier les facteurs de vulnérabilité et précipitant à la crise suicidaire montre à la personne que l'on comprend bien sa souffrance et permet d'évaluer si elle a envisagé des alternatives possibles et comment elle y a réagi, juger de besoins spécifiques mal compensés du fait d'un isolement

Tableau 2. Degrés d'urgence dans la crise suicidaire [19].

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Le patient en crise : – Est dans une relation établie avec un praticien – Désire parler et est à la recherche de communication – Cherche des solutions à ses problèmes – Pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis – Pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise – N'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant	Le patient en crise : – Présente un équilibre émotionnel fragile – Envisage le suicide, son intention est claire – A envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée – Ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir – A besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi – Est isolé	Le patient en crise : – Est décidé, a planifié le passage à l'acte pour les jours qui viennent – Est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé – Est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation – La douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues – A un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider – A le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé – Est très isolé

moral et/ou matériel et des ressources psychologiques et/ou physiques dont elle peut encore disposer [23, 24]. La confiance dans la relation médecin/patient génère un facteur protecteur face au risque suicidaire [25]. La réassurance du patient se bâtit sur l'identification de la cause pathologique de son désir suicidaire. En dehors d'une nature psycho-sociale de la crise et dans le contexte d'une souffrance psychique majeure persistante liée à un trouble psychiatrique et/ou dépressif accompagné éventuellement d'une agitation irrépressible, un traitement médicamenteux symptomatique à visée anxiolytique et sédative peut permettre la poursuite d'une prise en charge adéquate [2-6]. Dans une méta-analyse comparant 12 antidépresseurs de nouvelle génération prescrits couramment, l'escitalopram et la sertraline ressortaient en premier en termes d'efficacité et d'adhésion en ce qui concerne le traitement de l'épisode dépressif majeur en phase d'attaque [27].

Une stratégie de prise en charge globale

L'ensemble de la démarche évoquée ci-dessus s'inscrit dans une relation d'aide globale de type éducation thérapeutique : obtenir l'agrément du patient sur les objectifs généraux du traitement à visée antidépressive ; l'informer sur le médicament prescrit, planifier la réévaluation *(encadré 3)*.

Encadré 3.

Les 3 points essentiels de l'éducation thérapeutique [21, 26]	
Faire reconnaître au patient les objectifs du traitement à visée antidépressive	– Disparition de tous les symptômes dépressifs, sinon : dépression chronique, mauvais pronostic des pathologies somatiques associées, etc. – Réduire les risques : suicide, isolement, démotivation, maltraitance – Préserver l'autonomie – Se rééquilibrer vers une bonne santé bio-psycho-sociale – Prévenir les rechutes grâce à la phase de consolidation et les récidives grâce à la phase d'entretien
Informer le patient à propos de son traitement antidépresseur	– Les troubles dépressifs vont disparaître – Les antidépresseurs ne rendent pas dépendants – Le traitement doit être régulier – Le traitement n'est pas à arrêter en cas d'amélioration
Insister sur le planning de réévaluation	Plan de soins à prévoir sur 2 ans en trois phases successives : – Phase d'attaque pour atteindre la rémission : 8 semaines – Phase de consolidation pour éviter la rechute : 4 mois – Phase d'entretien pour prévenir la récidive : 18 mois

Conclusion

L'avancée en âge prédispose de manière incontestable à l'émergence et la cumulation des facteurs de risque de dépression et de suicide [26]. Maladies chroniques et incapacités physiques secondaires, cancers évolués, ruptures sociales et familiales, isolement et changements d'environnement dont l'institutionnalisation en sont les principaux. La dépression est l'étiologie qui prédomine chez 80 % des suicidés et des suicidants. Cette pathologie doit donc être détectée systématiquement pour être traitée au plus vite car elle est guérissable [28]. Dans notre société en pleine mutation, axée sur l'industrialisation performante et la rentabilité économique, la marginalisation de la personne âgée sur les

plans social et familial représente le support prépondérant de la condition suicidogène. L'enjeu principal reste de toujours mieux comprendre le phénomène du suicide afin de le traiter de la manière la plus adaptée grâce à une démarche de prévention individualisée sur la personne âgée et de suivi de son entourage [29]. Dans les champs psychiatrique et gériatrique, celui de la suicidologie est né avec l'émergence de plans et de programmes nationaux de lutte ayant comme objectif premier cette prévention du risque suicidaire dans une population ciblée car devenue à haut risque, à savoir celle des personnes âgées [14, 20, 29].

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

1. Dantchev N. Suicidant. EMC Médecine d'urgence. 2011;25-150-A-20.
2. Terra JL. Prévention du suicide des personnes âgées. NPG. 2009;9(HS1):A16-7.
3. HAS. Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Avril 2007.
4. Denoux P. Le suicide évergétique, nouveau modèle culturel ? Le cas Amélie. La Revue de Gériatrie. 2006;31(3):171-6.
5. Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. BEH. 2011;47-8:488-91.
6. Fässberg MM, van Orden KA, Duberstein P, et al. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(3):722-45.
7. Thomas P, Hazif-Thomas C. Dépression chez la personne âgée. La Revue de Gériatrie. 2012;37(4):247-55.
8. Nadorff MR, Fiske A, Sperry JA, Petts R, Gregg JJ. Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in older adults. The journals of gerontology. Psychological sciences and social sciences. 2013;68(2):145-52.
9. Morin J, Wiktorsson S, Marlow T, Olesen PJ, Skoog I, Waern M. Alcohol use disorder in elderly suicide attempters: a comparison study. Am J Geriatr Psychiatry. 2013;21(2):196-203.
10. Hardwood D, Jacoby R. Suicide chez les sujets âgés. EMC Psychiatrie. 2006;37-500-A-80.
11. Duong PH. Comment diagnostiquer et traiter la dépression en soins palliatifs ? Revue internationale de soins palliatifs. 2001;16(4):10-6.
12. Van Orden KA, Driffill Ni, Stanley IH, Conwell Y. Social disconnectedness in primary care. Am J Geriatr Psychiatry. 2013;21(3 suppl. 1):S70.
13. Drunat O. Conduites addictives du sujet âgé et suicides des sujets âgés. In Belmin J, et al. Gériatrie pour le praticien. Paris: Elsevier Masson; 2009 (2e édition).
14. Ruault G, Doutreligne S. Dépression et prévention du suicide chez la personne âgée : enjeu de santé publique, en établissement comme à domicile, au sein du programme MobiQual. La Revue de Gériatrie. 2013;38(10):731-8.
15. Rhondali W, Perceau E, Saltel P, Girard R, Filbet M. Validation linguistique et métrique de la version française de la *Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS).* Bull Cancer. 2011;98(2):199-208.
16. Duburcq A, Charpak Y, Blin P. Comment diagnostiquer la dépression en médecine générale ? Élaboration d'un test de repérage des patients déprimés. Rev Prat Méd Gén. 2000;14:1403-7.
17. Blond JC, Treille PO, Reybard A, Bagnon P, Sibelle C, Carré B. La plainte suicide du sujet âgé. Une réponse concrète inscrite au Programme Régional Santé Rhône-Alpes : la « Cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée ». NPG. 2005;5:30-6.
18. Rigaud AS, Gallarda T, Guillaumot Ph, et al. Prévention du suicide chez les personnes âgées. Comité national pour la Bientraitance et les Droits des Personnes Agées et des personnes handicapées : 1-74.
19. ANAES. Prise en charge de la crise suicidaire. Conférence de consensus ; texte court. 19-20 octobre 2000.
20. Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale. Am J Geriatr Psychiatry. 2006;14(9):742-51.
21. Richard-Devantoy S, Annweiler C, Gohier B, et al. Inhibition cognitive et comportements suicidaires chez le sujet âgé. NPG. 2009;9(HS1):A42-3.
22. Lapierre S, Quinnett P, et al. International Research Group for Suicide among the Elderly. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis. 2011;32(2):88-98.
23. Erlangsen A, Nordentoft M, Conwell Y, Waern M, De Leo D, Lindner R, et al.; International Research Group for Suicide among the Elderly. Key considerations for preventing suicide in older adults: consensus opinions of an expert panel. Crisis. 2011;32(2):106-9.
24. Salomé N, Léger JM, Therme JF. Les tentatives de suicide du sujet âgé : devenir à un an. La Revue de Gériatrie. 1998;23(10):875-84.
25. Afssaps. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations 2006.
26. Papakostas GI, Petersen TJ, Kinrys G, et al. Aripiprazole augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors for treatment-resistant major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 2005;66:1326-30.
27. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2009;373:746-58.
28. Aquino JP. Rapport Comité Avancée en Âge Prévention et Qualité de vie. Fiche-action n° 15 : dépression et prévention du risque suicidaire chez la personne âgée. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société (pp. 68-70). Février 2013.
29. Giardini U. Le suicide d'une personne âgée : accompagnement de la famille. NPG. 2009;9(HS1):A27.

Le suicide chez la personne âgée

- Le suicide des personnes âgées est une cause de mort fréquente à côté des causes naturelles somatiques liées aux maladies chroniques et au vieillissement pathologique. Ce n'est certainement plus un phénomène marginal. Il apparaît comme un véritable fléau de santé public dans la génération actuelle du « papy-boom ». Deux facteurs de risque sont fortement reconnus : la dépression, nécessitant un diagnostic et un traitement précoces ; l'isolement social qui impose que s'établissent des liens sociaux pour maîtriser au mieux les graves situations de ruptures et de deuils compliqués. Le défi de la prise en charge est de déstigmatiser le tabou persistant autour du suicide : sa prévention est possible en repérant au plus tôt ses signes d'alerte, à ne jamais banaliser.