

Université René Descartes – Paris V
Faculté Cochin – Port Royal

**SUICIDE DES PERSONNES AGEES ET EHPAD :
FACTEURS DE RISQUE ET PREVENTION**

Dr Gaëlle SALIOU – BERNARD-GRIFFITHS

DIU de Formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD

2008-2009

PLAN

I- Introduction

II- Les facteurs de risque généraux du suicide chez la personne âgée

1) Facteurs sociodémographiques

- a- L'âge
- b- Le sexe
- c- Le statut matrimonial

2) Facteurs socio-environnementaux

- a- Statut social
- b- L'isolement et la perte des rôles
- c- Moment, saisonnalité
- d- Religion, ethnie

3) Facteurs psychologiques

- a- La personnalité, OTE
- b- La dépression
- c- Autres pathologies psychiatriques
- d- Alcoolisme
- e- Pathologies somatiques

III- Le suicide en EHPAD

1) Epidémiologie

2) Facteurs de risque individuels

- a- Sexe et âge
- b- Statut matrimonial
- c- Mode de suicide
- d- Saisonnalité
- e- Causes les plus fréquemment retrouvées

3) Facteurs institutionnels

- a- Une population spécifique en EHPAD
- b- La vie en institution
- c- Le cadre architectural

IV- La prévention du suicide en EHPAD

- 1) Améliorer le repérage de la crise suicidaire
- 2) Améliorer la prise en charge des personnes âgées en souffrance psychique
- 3) Préparer l'entrée en EHPAD

V- Conclusion

I- Introduction

De toute la population, ce sont les personnes âgées qui présentent les taux de suicide les plus importants. Nombreuses étant les autres causes de décès au-delà de 65 ans, le suicide de l'âgé demeure un sujet généralement peu abordé, méconnu, voire ignoré. Le mal de vivre dont il témoigne pourtant renvoie à la société l'écho de son inattention.

Le temps de la vieillesse, que l'on souhaiterait être avant tout celui de la sérénité, est en réalité synonyme de maladies, de perte d'autonomie, de deuils et de ruptures accentuant la solitude, d'insécurité matérielle aussi parfois. Et ce sont autant de facteurs pouvant mener au désespoir, à la dépression et aux conduites suicidaires.

Nous nous sommes intéressé aux caractères du suicide en EHPAD. Existe-t-il des statistiques, des études permettant une approche spécifique pour le médecin coordonnateur ? Quelle sorte de prévention pourrait-on envisager en institution ?

En tentant de percer l'énigme du suicide, c'est le souci et la volonté de mieux en prévenir la survenue qui nous guident en tant que soignants, parents proches peut-être, êtres humains surtout et nous-mêmes appelés à vivre une vieillesse espérée heureuse.

II- Les facteurs de risque généraux du suicide chez la personne âgée

1) Facteurs sociodémographiques

a- L'âge

L'avance en âge ne protège pas de la mort par suicide, c'est même l'inverse. Dans presque tous les pays, le taux de suicide des personnes âgées est plus élevé que dans la population générale. A partir de 65 ans chez l'homme, le taux de suicide augmente régulièrement avec l'avance en âge, et c'est au-delà de 85 ans que le taux de suicide est le plus élevé [1].

Le suicide est davantage prémédité chez la personne âgée que chez l'adolescent, s'accompagnant d'une atténuation significative avec l'âge de la crise précédant le geste suicidaire [2]. Et l'on constate une détermination croissante à se donner la mort de par la radicalité des moyens employés, voire l'association parfois de plusieurs méthodes simultanément. La perspective de la mort, immédiate, susciterait moins d'angoisse que celle de poursuivre sa vie dans des conditions difficiles.

Le vieillissement progressif de la population dans les années à venir, à l'époque où l'espérance de vie est de 82.2 ans pour les femmes et de 74.6 ans pour les hommes, rend donc le problème du suicide d'autant plus actuel.

b- Le sexe

Toutes les études rapportent que les hommes âgés se suicident davantage que les femmes, exception faite de la population chinoise de Singapour. [3].

Le suicide des hommes est en moyenne 2.8 fois supérieur à celui des femmes, au contraire des tentatives de suicide qui sont plutôt le fait des femmes : au-delà de 65 ans on constate une tentative de suicide pour un suicide masculin, et 3 tentatives de suicide pour un suicide féminin [4].

c- Le statut matrimonial

Dans la plupart des pays occidentaux on constate dans la population âgée les taux de suicide les plus élevés parmi les divorcés, suivis par les veufs puis les célibataires [5].

Le rôle du deuil a une influence significative, notamment chez les hommes pour qui le veuvage multiplie le risque d'autolyse par 3. Selon GALLAGHER, la première année de veuvage serait une période particulièrement vulnérable : 2.5% des veufs effectueraient une tentative de suicide [6].

Les hommes sont surtout concernés après 75 ans, au contraire des femmes, moins isolées à la mort de leur conjoint car elles auraient entretenu un réseau social plus actif tout au long de leur vie.

2) Facteurs socio-environnementaux

a- Statut social

Les salariés agricoles puis les agriculteurs représentent la catégorie socio-professionnelle de retraités la plus touchée, avec un taux de suicide de 50 à 60 pour 100.000 habitants [7]. Il s'agit d'une population qui est aussi particulièrement touchée par l'alcoolisme, les problèmes financiers et économiques.

Les industriels, les ouvriers, les personnels de service et employés ont un taux intermédiaire de 30 pour 100.000.

Les professions libérales et cadres supérieurs présentent un taux de 16 à 18 pour 100.000 habitants [7].

b- L'isolement et la perte des rôles

Le passage à la retraite est une première cause d'isolement avec la perte de la valorisation professionnelle associée à la baisse de revenus financiers. La séparation avec les anciens collègues de travail crée aussi un vide que certains vont avoir du mal à combler en l'absence de loisirs.

L'équilibre conjugal à ce moment de la vie est également modifié. Le tête à tête peut devenir générateur de conflits.

L'éclatement des familles s'accompagne d'un fréquent éloignement des descendants, suivant les migrations du travail. De nos jours la cohabitation avec les personnes

âgées n'est plus considérée comme naturelle [8]. L'architecture exigüe de beaucoup de logements ne facilite pas l'accueil des parents et ceci peut susciter des sentiments de rejets, d'abandon et d'inutilité.

Le terme d' « agism » désigne pour les Anglo-saxons une tendance, plus ou moins apparente, à rejeter le sujet âgé hors du groupe ou ne plus le tolérer en son sein [9].

c- Moment, saisonnalité

Pour certains, il n'existerait pas un effet de saison mais plutôt un écart de température attendue de l'année en cours qui majorerait le taux de suicide : SALIB en 1997 suggère un lien entre suicide des âgées et jours ensoleillés avec une basse humidité [5].

Une étude finlandaise a mis en évidence un pic de suicide des personnes âgées en automne [3].

La proximité d'une date anniversaire peut entrer en compte à certains âges symboliques : 50, 60, 70, 75 et 80 ans. BARRACLOUGH (1976) a démontré que jours de mort et dates de naissance sont statistiquement associées chez les personnes âgées de plus de 75 ans [10].

d- Religion, ethnie

DURKHEIM a souligné le fait que les pays de religion catholique aient des taux de suicide plus bas que les pays protestants [11] ; cela serait en partie expliqué par un plus fort engagement envers la famille ainsi que dans les préceptes religieux traditionnels.

Mais si la pratique régulière d'une religion est un facteur protecteur de suicide, ce sont plus généralement des croyances religieuses [12] qui peuvent favorablement prévenir les conduites suicidaires, en facilitant l'approche des personnes âgées au diagnostic de cancer ou de dépression.

Lors d'une étude menée aux Etats-Unis en 1992 auprès de 800 individus âgés de plus de 60 ans, 31% ont répondu faire appel plutôt à un membre du clergé si une personne de leur entourage émettait des idées de suicide. 12% seulement en auraient fait part à un médecin [13].

3) Facteurs psychopathologiques

a- La personnalité, OTE

DUBERSTEIN s'est attaché à l'étude des traits de personnalité associés au suicide spécifiques aux personnes âgées, les regroupant sous le concept d' « Openess To Experience » (OTE) que l'on peut traduire par 'ouverture aux expériences' ou encore 'ouverture aux autres'[14].

Il a démontré un lien entre suicide des âgés et faible score d'OTE caractérisé par :

- Des buts de vie concrets et à court terme.
- Un comportement peu propice aux changements.
- L'absence ou le peu de centres d'intérêts.
- Un éventail restreint d'émotions.

Les individus ayant une basse OTE se décrivent en termes d'apparence extérieure, de sensations somatiques ou de comportements concrets, sans dimension psychologique.

*« L'homme de 60 ans ayant perdu son travail ou la femme de 65 ans devenue veuve sont plus vulnérables si leur OTE est basse, parce que les tâches quotidiennes d'aller au travail ou de s'occuper du conjoint étaient leur principale raison d'être »
(DUBERSTEIN).*

b- La dépression

La fréquence des états dépressifs est confirmée par toutes les études, retrouvée chez 83 à 87% des suicidants [15].

La présentation clinique de la dépression chez la personne âgée est moins évidente et moins franche que pour l'adulte plus jeune [45]. On peut retrouver un désintérêt à la vie, un manque de plaisir ou un sentiment de tristesse associé à :

- une perte de poids
- une insomnie
- une fatigue ou une perte d'énergie
- un sentiment de dévalorisation
- des difficultés de concentration
- la présence de pensées récurrentes autour de la mort, ou des idées suicidaires.

Mais les dépressions sont souvent masquées, dont la symptomatologie parfois plutôt physique que psychologique doit faire activement rechercher la présence d'éléments dépressifs cachés ; on peut en reconnaître les formes suivantes [16] :

- La dépression à masque somatique, souvent centrée sur la sphère des douleurs ou l'appareil digestif.
- La dépression à masque toxicomaniaque, notamment par une intoxication alcoolique ; celle-ci sera d'autant plus suspecte que la personne âgée n'en avait fait preuve jusqu'alors.
- La dépression à masque délirant, différent d'autres psychoses délirantes par l'auto-accusation qui lui est associée.
- La dépression à masque démentiel.

TESSIER et LEGER retiennent 5 critères pour évoquer le diagnostic de dépression masquée [17] :

- la mise en évidence de symptômes proprement dépressifs
- la recherche d'un terrain et d'une personnalité sous-jacente particuliers
- l'évolution sur un mode cyclique
- les antécédents familiaux et les facteurs héréditaires
- la réponse enfin au traitement anti-dépresseur.

Celui-ci devra être institué à dose et durée suffisantes, et non se limiter à la seule prescription d'anxiolytiques souvent délivrés devant l'anxiété contemporaine de ces états dépressifs.

c- Autres pathologies psychiatriques

Le début d'une pathologie démentielle représente un moment à risque particulier pouvant s'accompagner d'un état dépressif, d'une peur de la dépendance suicidogènes [18].

Une fois la démence établie, certains la considère plutôt comme étant un facteur indirectement protecteur de suicide [19] par perte de la capacité à effectuer un geste d'autolyse, ou par perte des idées suicidaires.

d- Alcoolisme

La notion d'alcoolisme n'est pas rare chez les personnes âgées, dont 2 à 10% de la population seraient concernés [20]. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une dépendance ancienne mais on peut distinguer un alcoolisme de survenue plus tardive, après 60 ans, chez 1/3 des patients. Il est favorisé par l'existence de pathologies somatiques graves, la solitude ou la charge d'un conjoint handicapé, voire grabataire.

Le diagnostic de l'exogénisation chronique de la personne âgée est malaisé, biaisé parfois par le déni de la famille et la quantité modérée des consommations. Outre les signes cliniques habituels, on peut retrouver des troubles de l'humeur et du sommeil, une inclinaison à s'isoler ainsi que des chutes répétées.

Il peut en résulter des accès confusionnels comme des états dépressifs aigus favorisant le passage à l'acte. PURCELL en 1999 a souligné l'association de 54% des suicides de personnes âgées avec un éthylisme [21]

e- Pathologies somatiques

Plus on avance en âge, plus le nombre de pathologies somatiques augmente. De nombreuses études ont démontré la contribution directe d'une pathologie médicale au suicide chez certaines personnes âgées [22].

Les maladies chroniques sont particulièrement concernées, notamment cardiovasculaires et neurologiques [23], les handicaps physiques mais aussi le cancer, fréquemment associé à un état dépressif réactionnel.

L'apparition des premiers symptômes d'une nouvelle pathologie, plus que l'annonce du diagnostic, constituerait un moment à risque.

La douleur physique, lorsqu'elle devient intolérable, peut également amener au passage à l'acte. Ceci est confirmé par l'étude de PURCELL en 1999, laquelle a objectivé chez 42% des patients s'étant suicidés la notion de plaintes de douleur précédant la mort, dont ce fut pour la moitié d'entre eux le facteur précipitant majeur [21].

III- Le suicide en EHPAD

1) Epidémiologie

Encore peu d'études se sont penchées sur le suicide des personnes âgées en institution. Le manque de données statistiques à grande échelle, le manque de temps des médecins coordonnateurs pour traiter d'un tel sujet, l'aspect souvent « tabou » au sein des établissements pour évoquer et analyser des précédents ou des décès suspects ne facilitent pas la tâche.

CASADEBAIG s'est intéressé à l'analyse des données obtenues auprès de l'INSERM via les certificats de décès (cause et lieu du décès), et celles de l'INSEE (sexe, âge) et a suivi l'évolution des décès par suicide de 1973 à 1997 en comparant les résultats entre maisons de retraite et domicile [24]:

Période	Maison de retraite	Domicile	Autres lieux
1973-1977	92	1847	717
1980-1984	125	2238	1101
1988-1992	165	2202	1080
1993-1997	131	2138	1051

Source INSERM

On constate sur la période étudiée une centaine de suicides seulement en moyenne survenus par an en maison de retraite. Ceci peut sembler faible mais ces chiffres prennent pourtant toute leur importance, une fois rapportés à la population hébergée dans ces établissements :

1990	Maison de retraite	Domicile	Lieux publics ou non précisés	Etablissements de soins
Hommes	101	51	60	71
Femmes	38	13	18	23

Estimation pour 1990 du taux de suicide en maison de retraite et du taux de suicide de la population des ménages. Taux standardisés par âge pour 100.000 habitants. Sources INSERM, INSEE.

Nous voyons alors que les taux de suicide en maison de retraite sont significativement plus élevés, et ceci pour les deux sexes.

Chez les hommes, deux fois plus de suicides surviennent en institution qu'à domicile et presque trois fois plus chez les femmes.

Malheureusement on ne peut savoir où vivaient les personnes dont le suicide a été constaté en des lieux publics. Toutefois la différence très significative des taux entre EHPAD et domicile montre qu'il existerait bien un risque particulier en EHPAD. C'est aussi une population particulièrement à risque qui y est accueillie.

2) Facteurs de risque individuels

a- Sexe et âge

Hommes	1975		1995	
	Maison de retraite	Domicile	Maison de retraite	Domicile
65-74 ans	67	44	78	34
75-84 ans	92	75	78	51
Sup. à 85 ans	95	96	85	102

Evolution des taux de suicide chez les hommes. Taux pour 100.000 habitants. Source INSERM, INSEE

On constate pour les hommes à domicile comme en maison de retraite une augmentation des taux de suicide avec l'âge : quel que soit le mode d'hébergement, l'avancée en âge ne protège pas du suicide.

Femmes	1975		1995	
	Maison de retraite	Domicile	Maison de retraite	Domicile
65-74 ans	49	14	55	9
75-84 ans	35	15	23	11
Sup. à 85 ans	15	14	15	14

Evolution des taux de suicide chez les femmes. Taux pour 100.000 Habitants. Source INSERM, INSEE.

Chez les femmes se produit le phénomène inverse et il faut remarquer que les taux de suicide les plus élevés sont retrouvés dans la tranche d'âge la plus jeune des personnes hébergées en maison de retraite.

Ceci est une notion particulièrement importante car elle diffère des données connues dans la population générale pour les femmes de plus de 65 ans.

Il existerait donc un risque spécifique par rapport au suicide pour les femmes de 65 à 74 ans en EHPAD, probablement lié à ce changement de vie chez des femmes encore jeunes.

b- Selon le statut matrimonial

Le veuvage, facteur de risque déjà connu à domicile, représente pour les hommes en maison de retraite un risque supplémentaire [24]. La population de ces établissements est en majorité composée de célibataires et de veuf(ve)s.

Il semble de plus que la notion de veuvage récent soit un facteur aggravant en EHPAD[25].

c- Selon le mode de suicide

	Maison de retraite	Domicile
Hommes		
Pendaison	55%	53%
Arme à feu	3%	33%
Saut d'un lieu élevé	22%	2%
Noyade	9%	4%
Substances	2%	3%
Autres modes	8%	6%
Femmes		
Pendaison	35%	51%
Arme à feu	1%	3%
Saut d'un lieu élevé	33%	6%
Noyade	12%	15%
Substances	8%	15%
Autres modes	12%	11%

*Répartition des suicides de personnes âgées de 65 ans et plus entre 1988 et 1992 selon le mode de suicide.
Source INSERM.*

Les deux modes de suicide auxquels ont recours les personnes âgées en maison de retraite sont la pendaison et la défenestration ou saut d'un lieu élevé, marquant la préférence pour les méthodes les plus radicales.

La pendaison, moyen le plus fréquemment retrouvé chez les hommes comme les femmes, est parfois constatée la nuit [25]. Les résidents utiliseraient une ceinture de pyjama ou un cordon de rideau.

Le faible recours aux substances médicamenteuses est en partie expliqué par la gestion des traitements par l'infirmière de l'EHPAD et le stockage de ceux-ci dans un local sécurisé.

d- Saisonnalité

Les tentatives de suicide seraient un peu plus fréquentes en novembre et en mars, ceci correspondant aux changements de saison. [25].

e- Causes les plus fréquemment retrouvées

On peut retrouver en EHPAD les mêmes raisons que celles conduisant une personne âgée à domicile au suicide : le décès du conjoint, l'éloignement des enfants et des petits-enfants, l'isolement social. La perturbation des relations familiales qu'entraîne parfois l'entrée en institution, le changement de lieu de vie et la perte du domicile accentuent le deuil psychologique d'un certain statut affectif et social qui peut devenir intolérable pour la, personne âgée.

L'état dépressif réactionnel à l'entrée en institution peut ainsi mener au suicide. La conférence de consensus sur le phénomène suicidaire en Bretagne d'octobre 2007 remarque un risque particulièrement accru de passage à l'acte durant le premier mois suivant l'admission [26].

Mais on sait aussi que survient un épisode dépressif majeur chez 10 à 15% des résidents au cours de la première année d'institutionnalisation [27] ; La préparation de l'admission et son suivi sont donc essentiels.

L'alcoolisme chronique est un autre facteur de risque. La suppression de l'accès à la boisson, à la faveur d'une entrée en institution notamment, peut également être un facteur favorisant : le sevrage engendre une réaction dépressive brutale et profonde pouvant amener au passage à l'acte [25].

Il est important de connaître la notion de terrain psychiatrique : le risque suicidaire est effectivement augmenté en cas d'antécédents de crise suicidaire ou de tentative de suicide.

La souffrance physique enfin, la douleur lorsqu'elle est insupportable peut être à l'origine d'un suicide. Rappelons que la douleur ouvre également une porte d'entrée vers la dépression. Il a d'ailleurs été constaté que les personnes âgées manifestaient moins d'idées morbides lorsque cessait leur douleur. 45% d'entre elles souffriraient d'au moins une douleur quotidienne, dont 38% l'éprouvant en permanence [26].

2) Facteurs institutionnels

a- Une population spécifique en EHPAD

Les résidents accueillis en EHPAD sont par définition des personnes âgées fragilisées, à risque, dépendantes.

Dès le dossier d'inscription très souvent apparaissent les premières notions de perte d'autonomie dans la grille GIR qui y est fréquemment jointe. C'est une des principales raisons d'entrée en institution. Ces personnes sont dépendantes, incapables physiquement de rester chez elles, et sont à même de présenter des douleurs chroniques handicapantes. D'où l'intérêt de dépister systématiquement la douleur dans les 45 premières heures suivant l'admission et d'en suivre l'évolution tout au long du séjour. Les échelles Algoplus et Doloplus sont des outils quotidiens lorsque l'auto-évaluation n'est pas possible.

Nous avons aussi dans nos établissements une sélection de population nécessitant une prise en charge psychologique indispensable. Dès la visite de pré-admission, la rencontre du médecin coordonnateur avec le futur résident et sa famille permet de faire le point sur son état physique bien sûr, mais permettant aussi de détecter d'éventuels troubles thymiques. C'est un temps privilégié pour connaître l'histoire de vie de la personne.

Une évaluation par la Geriatric Depression Scale (GDS) peut être aussi envisagée afin d'affiner le projet de soins.

L'évaluation gériatrique à l'admission permet de faire le point et de cibler dans le projet de soins individualisé les axes importants ; Le dépistage, la prise en charge et le suivi de la dépression en est un majeur.

Enfin plus rarement certaines personnes âgées vont entrer en EHPAD du fait d'un isolement social, indépendamment d'une perte d'autonomie. Elles vont être confrontées aux multiples handicaps d'autres résidents. Cela peut être perturbant et entraver la bonne adaptation au milieu institutionnel.

b- La vie en institution

Pour la personne entrant en EHPAD, le nouveau mode de vie qui lui est proposé -pour ne pas dire imposé- peut constituer un véritable bouleversement. Il faut en effet apprendre à connaître le règlement intérieur et appréhender les règles de vie collective. Tous n'ont pas la même faculté d'adaptation, il est bien sûr difficile de modifier les habitudes de toute une vie.

Avec l'âge, la population des résidents devient de plus en plus dépendante. Le personnel devant faire face à une charge de travail croissante peut être amené à privilégier d'une certaine façon l'aspect soins de la prise en charge au détriment d'un accompagnement personnalisé attentif et attentionné au quotidien. Certains résidents ont parfois le sentiment d'être instrumentalisés, lors de la toilette ou de l'habillage. Ce manque d'humanité ne peut que leur être préjudiciable : ceci génère un désinvestissement qui peut sous-tendre une dépression.

Cette maltraitance institutionnelle peut se traduire également sur le plan alimentaire. D'une part, les apports nutritionnels laissent parfois à désirer tant qualitativement que quantitativement dans certains établissements. Les questionnaires de satisfaction régulièrement proposés aux résidents et à leurs familles, ainsi que les compte-rendus de Conseil de Vie Sociale en font état. L'aide d'une diététicienne s'avère souvent réellement efficace et permet de révéler des carences insoupçonnées. D'autre part, le temps des repas qui rythme la journée du résident est aussi un moment de plaisir abrégé lorsque soumis aux impératifs d'horaires et de service.

La dégradation de la qualité de vie dans certains établissements, la maltraitance au quotidien que tout un chacun devrait être à même de prévenir, ou de dénoncer le cas échéant, peuvent alimenter à bas bruit une dépression secondaire à l'institutionnalisation. Elles peuvent aussi exacerber un syndrome dépressif pré-existant.

Les dysfonctionnements de l'EHPAD se répercutent toujours au final sur le bien-être des résidents.

c- Le cadre architectural

La taille et l'aménagement des locaux diffèrent parfois du tout au tout en fonction des établissements. Certains proposent une grande variété de services alors que d'autres vont être beaucoup plus limités et restreints aux plus simples vocations de soins et de sécurité.

Que penser des grandes unités souvent appuyées aux centres hospitaliers adjacents, des labyrinthes de couloirs interminables menant aux chambres peu personnalisées ? Selon certains auteurs, la prévalence de comportements à risque suicidaire croît dans les établissements hébergeant un grand nombre de résidents et dont les équipes changent fréquemment [5].

L'emplacement rural ou urbain est à prendre en compte également. De celui-ci découlent souvent des origines communes à plusieurs résidents favorisant l'intégration et les relations au sein de l'établissement, comme à l'extérieur lorsqu'il y a possibilité de poursuivre un lien social (promenades, courses, culte religieux, etc...).

Le choix de l'EHPAD est souvent malheureusement fort restreint devant l'urgence d'une admission en institution non préparée, non pensée, non choisie. Il répond effectivement en priorité aux impératifs de la prise en charge médicale requise.

A charge au médecin coordonnateur lors de la visite de pré-admission de concilier les attentes formulées ou non de la personne âgée, avec celles de sa famille ou de ses proches et la prise en charge que nécessite son état de santé, afin de l'orienter au mieux.

IV- Prévention du suicide en EHPAD

1) Améliorer le repérage de la crise suicidaire

Le dépistage des troubles psychologiques associés à la crise suicidaire représente l'axe d'intervention prioritaire. Pour cela il est essentiel de sensibiliser le personnel en EHPAD à repérer le risque suicidaire.

L'orientation des plans de formation annuelle en ce sens avec l'aide du médecin coordonnateur est une étape fondamentale qui peut permettre aux soignants ainsi qu'à l'ensemble des personnels de mieux reconnaître et pouvoir entendre la dépression.

Une des difficultés tient au turn-over des équipes mais également parfois au manque de qualification du personnel. Pourtant, réussir à faire passer un message à une aide-soignante va peut-être aider 10 à 20 personnes âgées ayant besoin d'un accompagnement psychique [28].

Il faut pour cela combattre les idées reçues telles que :

- Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire...
- Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication à leur entourage sur leur intention avant de le faire...
- Les personnes qui menacent de se suicider ne le font que pour attirer l'attention...

8 personnes sur 10 en parlent, avant leur suicide ou leur tentative de suicide [29].

Les intervenants sont parfois confrontés à des situations difficiles, qui les interpellent. Les questions de vie et de mort ébranlent toujours. D'où l'intérêt de promouvoir un espace d'échanges entre professionnels où l'équipe puisse parler du suicide, en dehors des consultations psychiatriques. Où l'on puisse détecter précocement les résidents en détresse par le dialogue et l'échange. Où l'on puisse aussi favoriser l'insertion de la personne âgée par une réflexion pluri-disciplinaire autour de son projet de vie individuel. [30]

2) Améliorer la prise en charge des personnes en souffrance psychique

La psychiatrie du sujet âgé est encore peu développée. La formation et l'information du corps médical représentent l'une des préconisations essentielles dans la prévention du suicide. Il importe aux médecins, traitants comme coordonnateurs, de s'attacher au dépistage systématique de troubles dépressifs afin de pouvoir efficacement les traiter. On sait que dès les deux premières semaines de traitement antidépresseur diminuent les pensées suicidaires et qu'il est possible de retrouver un sommeil de meilleure qualité sous l'effet d'anxiolytiques à dose adaptée aux symptômes anxieux souvent associés [31]. Mais le résultat d'autopsies psychologiques de personnes âgées suicidées, dans une étude de CATELL, révèle que si les 2/3 étaient déprimées, seulement le quart d'entre elles bénéficiaient d'une prescription d'antidépresseur adaptée [21].

Il faut encourager l'association des psychothérapies à la chimiothérapie. L'intervention de psychologues en EHPAD s'avère des plus efficaces. L'accompagnement qu'elles proposent est en général très bien accepté par les résidents, malgré les préjugés ou le scepticisme que manifestent encore certaines personnes âgées.

La collaboration entre médecin coordonnateur et psychologue est parfois difficile à organiser, à synchroniser du fait de leurs temps partiels souvent respectifs, mais dont les efforts conjugués permettent d'améliorer significativement la prise en charge de la dépression.

Le médecin coordonnateur a un rôle central car ayant une bonne connaissance du résident, de ses antécédents et de son histoire de vie, travaillant avec le médecin traitant dans le respect de bonnes pratiques gériatriques mais aussi avec le réseau gérontologique local. Ceci devrait permettre de faciliter et améliorer l'orientation des patients vers une consultation spécialisée ou une prise en charge hospitalière lorsque celle-ci s'avère nécessaire.

3) Préparer l'entrée en EHPAD

Le placement et le déplacement des personnes âgées marquent le plus souvent un tournant décisif de leur vie. La perte des repères qu'ils engendrent peut être à l'origine de troubles dépressifs plus ou moins sévères .

Il n'est pas rare qu'au décours d'un long parcours hospitalier soit prise la décision d'une entrée en EHPAD. L'absence de préparation à la vie en collectivité, la méconnaissance des lieux et de son organisation interne, l'absence de rencontre avec les équipes qui y travaillent requièrent ensuite à l'admission un effort considérable.

En témoignent la fréquence de pathologies dépressives masquées, à expression passive, et la survenue éventuelle de syndromes de glissement, authentiques équivalents de conduite suicidaire.

Il faut insister sur le fait que l'admission en EHPAD doit être -quand faire se peut- pensée et préparée par la visite de plusieurs établissements. Il faudrait développer la possibilité d'un accueil progressif : accueil de jour, puis accueil temporaire qui permettrait à la personne âgée de se familiariser avec l'institution. La préparation est importante.

Les premiers jours et les premières semaines s'avèrent être cruciales pour connaître le résident, son état psychologique et l'approche qu'il a de sa nouvelle situation ; cela afin de lui permettre de s'y sentir bien.

En fonction des raisons pour lesquelles la personne âgée est admise en EHPAD -suites d'hospitalisation, veuvage, dépendance, pathologie sévère ou autres- cette période d'adaptation sera plus ou moins longue et nécessite de la part de l'équipe une attention et un investissement qui ne pourront être que bénéfiques pour la prévention de la survenue de troubles dépressifs et de conduites suicidaires .

V- Conclusion

Selon la définition que l'on peut trouver dans le dictionnaire Le Petit Robert, la vieillesse est « *la dernière période de la vie normale qui succède à la maturité, caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales* ». Face à l'ultime étape d'un long parcours dont certains préfèrent anticiper le terme, les personnes âgées ne sont pas toutes également prêtes et armées pour en assumer les conséquences.

Nous avons observé une surmortalité par suicide en EHPAD au travers des quelques études comparant le suicide en institution et à domicile, pour les hommes comme les femmes, mais avec un risque particulier pour celles de moins de 75 ans.

Les raisons en sont souvent multiples et complexes. On ne peut cependant nier le fait que l'EHPAD, Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes, ne remplit pas toujours son rôle de lieu d'accueil, d'écoute, de prise en 'soin' dans le sens le plus général et non de prise en 'charge'.

La préparation à l'entrée en institution devrait être améliorée. En l'absence de réflexion, de familiarisation avec les lieux ou encore de choix possible, il manque une étape indispensable à l'accomplissement d'un nouveau mode de vie. Les CLIC déploient déjà d'importants efforts pour accompagner cette démarche ; chaque projet d'établissement pourrait intégrer également une telle notion de préparation, en proposant par exemple un accueil progressif qui serait bénéfique au futur résident.

Les résidents subissent encore trop souvent les rythmes institutionnels qui leur sont imposés. Nos efforts devraient pourtant tendre vers une adaptation personnalisée du projet de vie et du projet de soins, et non l'inverse.

Enfin les dépressions endogènes, pré-existantes ou encore secondaires à l'institutionnalisation ne sont sans doute pas assez détectées, suivies et traitées. Dès l'admission, il faut être vigilant sur les signes d'alerte parfois discrets qui peuvent mener à la dépression et au suicide.

C'est le rôle du médecin coordonnateur de rechercher systématiquement les facteurs de risque potentiels du suicide et de faire prendre conscience à chaque membre de l'équipe aux côtés du résident qu'il s'agit de la responsabilité de tous d'y porter attention.

Le suicide des personnes âgées en EHPAD reste un sujet sensible, peu facile à aborder, qui mériterait une étude de grande envergure laquelle permettrait de mieux en définir les caractères de survenue comme le lien avec la notion de dépendance, ou le lien éventuel entre la date d'entrée dans l'institution et le suicide. Car même isolé, cet acte grave est toujours traumatisant pour les résidents et les soignants, c'est un échec pour l'établissement.

BIBLIOGRAPHIE

1. DEVONS CA

Suicide in the elderly : How to identify and treat patients at risk

Geriatrics 1996, 51(3): 67-72

2. ROBERT L, FRIERSON MD

Suicide attempts by the Old and the Very Old

Arch. Intern. Med 1991, 151: 141-144

3. MONFORT JC

Quels sont les facteurs de risque de la crise suicidaire, facteurs relatifs aux personnes âgées?

Conférence de consensus 2000, ANAES

4. VALES M, DE JAEGER C

Le suicide de la personne âgée

Gaz. Med. Fr ; tome 101 ; 19 : 27-2

5. HARWOOD D, JACOBY R

Suicidal behaviour among the elderly

International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Ed. John Wiley,

2000; 18 : 275-291

6. GALLAGHER D, THOMPSON L, PETERSON J

Psychosocial factors affecting adaptation to bereavement in the elderly

Int.J.Aging Hum.Dev. 1981-1982, 1412: 79-93

7. PELICIER Y

Le suicide au cours du troisième âge

L'Actualité en Gériatrie 1978, 15: 54-57

8. SURAULT P

Variations sur les variations du suicide en France

Population 1995 ; 4-5 : 983-1012

9. DURET L

Les conduites suicidaires de la personne âgée : un échec du vieillissement ?

Thèse de médecine 1988, Strasbourg

10. BOHEC C

Le point sur le suicide en Bretagne

Journée régionale 8/9/1988 Le suicide en Bretagne

11. PRITCHARD C, BALDWIN D

Effects of age and gender on elderly suicide rates in catholic and orthodox countries

Int. J. Geriatr. Psychiatry 2000, 15: 904-910

12. NEELMAN J, HALPERN D, LEON D, LEWIS G

Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 western countries

Psychol. Med. 1997, 27(5): 1165-1171

13. CONWELL Y

Suicide, religion and the elderly

Crisis 1994, 15(1): 9-10

14. DUBERSTEIN P

Openness To Experience and completed suicide accross the second-half of life

Int. Psychogeriatrics 1995, 7(2): 183-198

15. MONFORT JC

La dépression du sujet âgé : revue bibliographique

Ann. Med. Psychol. 1994, 152(8): 511-528

16. FORNARI P

Les fausses dépressions du vieillard

Pratique médicale 1982, 4 :17-21

17. TESSIER JF, LEGER JM

La dépression du sujet âgé : question de mot

Psychologie médicale 1988, 20(6) : 775-778

18. BOIFFIN A

Le suicide de l'âgé

Psychologie Médicale 1988, 20(6) : 807-809

19. LEMPERIERE T

Dépression et suicide

Ed. Acanthe, Masson 2000, 238p.

20. RIGAUD-MONNET AS, FORETTE F

Troubles psychiatriques des personnes âgées

Encycl. Med. Chir. 37-540-A-10

21. CATTELL H

Suicide in the elderly

Br. J. Psychiatry 2000; 6: 102-108

22. CATTELL H

Elderly suicide in London: an analysis of coroners' inquests

Int. Journal of Geriatric Psychiatry 1988, 3: 251-261

23. PICAUT L

Suicides et tentatives de suicide des personnes âgées

Gérontologie 1995, 93: 25-29

24. CASADEBAIG F, RUFFIN D, PHILIPPE A

Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite

La revue francophone de gériatrie et de gérontologie 2005, 115 : 218-223

25. GRAUX P, COPIN JM

Le suicide de la personne âgée vivant en institution

Revue de gériatrie 1982, 7(1) : 22-24

26. Conférence de consensus, octobre 2007 : En Bretagne, le suicide n'est pas une fatalité

Le phénomène suicidaire chez les personnes âgées

27. GAUDY P

Dépression et suicide de la personne âgée, rôle de l'EHPAD

Mémoire en Politiques gérontologiques et gestion des EHPAD, 2003-2004

28. ARDIET G, PONCET A

Psychiatrie de liaison en maisons de retraite

Revue francophone de gériatrie et gérontologie 2005, 115 : 252-254

29. Conférence de consensus, octobre 2000, ANAES

La crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge

30. YEBBAL K, BONNAUDET C

Prévention du suicide des personnes âgées, une action expérimentale en institution

Revue francophone de gériatrie et gérontologie 2005, 115 : 232-234

31. LEGER JM, TESSIER JF, THERME JF

Le suicide du sujet âgé

Rev. Prat. 1987, 37(13) : 731-736