

# Suicide de la personne âgée

Dr méd. Jacqueline Minder<sup>a</sup>; PD Dr Vladeta Ajdacic-Gross<sup>b,c</sup>; Prof. Dr méd. Urs Hepp<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Winterthur

<sup>b</sup> Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

<sup>c</sup> Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich



En comparaison internationale, la Suisse affiche un taux de suicide relativement élevé. En fonction du sexe et de l'âge, on distingue différentes configurations concernant la fréquence et le choix de la méthode de suicide [1]. Au cours des dernières années, les «suicides assistés» ont augmenté en Suisse en raison de la situation juridique particulière. Pour la prise en charge médicale des personnes âgées, en plus des aspects médicaux, de plus en plus de questions éthiques et juridiques se posent.

## Introduction

Le suicide de la personne âgée est un thème auquel peu d'attention a été accordée jusqu'à présent. Avec la discussion autour du suicide assisté, nous assistons néanmoins à une prise de conscience accrue des professionnels et du grand public quant au thème du suicide de la personne âgée. De prime abord, il s'agit de deux phénomènes largement indépendants l'un de l'autre. En Suisse, le Plan d'action pour la prévention du suicide exclut d'ailleurs explicitement les suicides assistés: «Le plan d'action ... vise à amplifier et à pérenniser la baisse du taux de suicides non assistés (et de tentatives de suicide)» [2]. De nombreux éléments laissent néanmoins à



Jacqueline Minder

penser que les deux types de suicide ne devraient pas être considérés isolément. Le concept de suicide assisté correspond à un acte autonome librement décidé par une personne capable de discernement. Le terme «suicide-bilan» est également fréquemment employé dans ce contexte. Il s'agit là d'un concept controversé, qui implique de peser le pour et le contre de manière objective avant de prendre une décision. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que chez une personne dépressive, la balance peut pencher du côté négatif. Précisément chez les personnes âgées, les dépressions passent encore plus fréquemment inaperçues que chez les personnes plus jeunes [3].

## Données épidémiologiques relatives au suicide et au suicide assisté

En Suisse, entre le début des années 1980 et l'année 2010, le taux de suicide est passé d'env. 25 à 13 suicides pour 100 000 habitants par an (chez les hommes, d'env. 35 à 20/100 000; chez les femmes, d'env. 15 à 7/100 000). Depuis lors, ce taux est resté relativement stable (fig. 1). Depuis 2009, la statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique (OFS) ne comptabilise explicitement plus les suicides assistés parmi les suicides, mais les intègre dans les maladies sous-jacentes (le plus souvent somatiques). Il est néanmoins possible de retracer et reconstituer l'évolution des suicides assistés jusqu'en 1998 dans les données de mortalité. D'après l'OFS, 742 cas de suicide assisté ont été recensés en Suisse en 2014, ce qui correspond à 1,2% de tous les décès. Depuis l'an 2000, nous assistons à une tendance à la hausse constante et aucune inversion de cette tendance n'est en vue [4]. Il convient de garder à l'esprit que la statistique des causes de décès

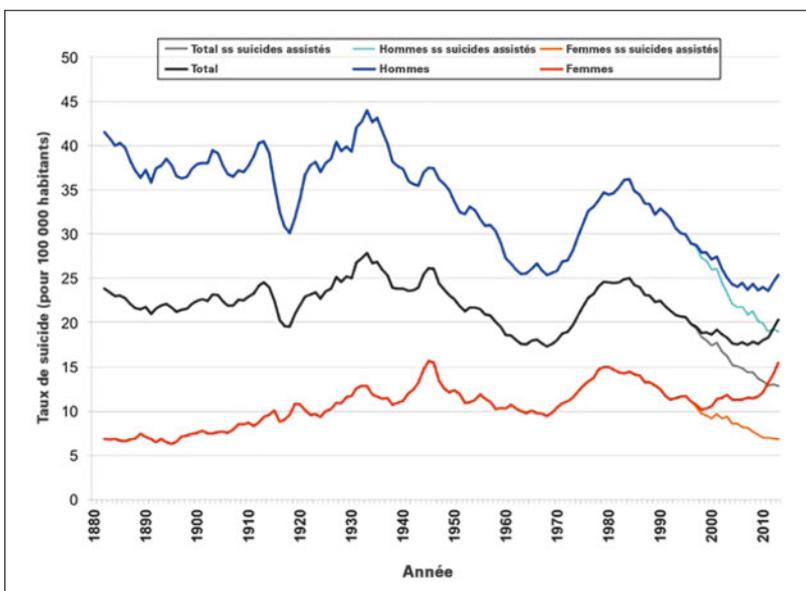


Figure 1: Taux de suicide en Suisse en fonction du sexe, évolution de 1881 à 2014 (lissé par moyennes mobiles triples). Source des données de base: Statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique.

de l'OFS comptabilise exclusivement les personnes domiciliées en Suisse. Les personnes étrangères qui viennent en Suisse en raison de la législation plus libérale, sujet dont les médias s'emparent souvent en qualifiant ces personnes de «touristes du suicide», ne sont pas comptabilisées dans ces chiffres et elles ne sont d'ailleurs pas l'objet de cet article.

Tandis que les tentatives de suicide sont nettement plus fréquentes chez les individus jeunes et en particulier chez les femmes, les suicides (non assistés) accomplis à un âge avancé augmentent chez les hommes [5]. Les suicides assistés augmentent avec l'âge dans des proportions égales chez les deux sexes [4]. Une représentation graphique est fournie dans la figure 2. Indépendamment de l'âge, le suicide est quasiment toujours associé à des maladies psychiatriques, et quasiment toutes les maladies psychiques s'accompagnent d'un risque accru de suicide [6, 7]. En raison de leur prévalence élevée, les dépressions jouent un rôle central à cet égard.

## Dépression chez les sujets âgés

La prévalence des troubles dépressifs chez les personnes de plus de 60 ans est comprise entre 7 et 25% [3, 8]. La fréquence des troubles dépressifs sévères n'augmente vraisemblablement pas avec l'âge, mais les dépressions subsyndromiques et les dépressions réactionnelles consécutives à des maladies physiques et à des troubles dépressifs organiques sont en revanche plus fréquentes [3]. Le décès du partenaire, l'isolement, les maladies physiques, la limitation réelle ou redoutée

de l'autonomie, ainsi que la maladie et la perte d'autonomie du partenaire sont autant de facteurs de stress qui augmentent avec l'âge.

Les dépressions chez les personnes âgées ne se distinguent pas fondamentalement des dépressions survenant dans d'autres groupes d'âge et les symptômes sont certes globalement les mêmes (tab. 1), mais ils sont souvent dissimulés et subsyndromiques. Les dépressions sont généralement sous-diagnostiquées et trop rarement traitées, ce qui s'accroît encore avec l'âge [9–11]. L'une des raisons réside dans les symptômes souvent non spécifiques qui sont décrits par les patients et qui, précisément chez les patients âgés multimorbides, font plutôt penser à des causes somatiques (tab. 2). Bien entendu, les causes somatiques doivent être investiguées et le cas échéant traitées lorsque cela est possible [3]. Les dépressions, en particulier lorsqu'elles sont atypiques ou subsyndromiques, sont souvent tout simplement assimilées au vieillissement normal. En particulier les hommes peuvent vivre le vieillissement comme une blessure narcissique et sont moins disposés à parler de leurs symptômes dépressifs et à demander de l'aide. Ils ont probablement plus de difficultés à reconnaître et accepter leurs propres faiblesses et leur besoin d'aide. Chez les hommes, l'estime de soi est vraisemblablement plus fortement liée à leur propre efficacité et

**Tableau 1:** Symptômes de la dépression selon la CIM-10 (d'après [8]).

### Symptômes principaux

Humeur dépressive, morose

Perte d'intérêt et tristesse

Manque d'entrain / fatigabilité accrue

### Symptômes secondaires

Baisse de la concentration et de l'attention

Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi

Sentiment de culpabilité et d'être inutile

Perspectives d'avenir négatives et pessimistes.

Idées suicidaires, automutilation ou actes suicidaires

Troubles du sommeil

Baisse de l'appétit

**Tableau 2:** Diagnostic de la dépression – de quels symptômes font état les patients?

### Troubles subjectifs indiquant une dépression (d'après [8]).

Abattement général, lassitude

Trouble de l'appétit et troubles gastro-intestinaux

Sentiment de pression dans la gorge et la poitrine

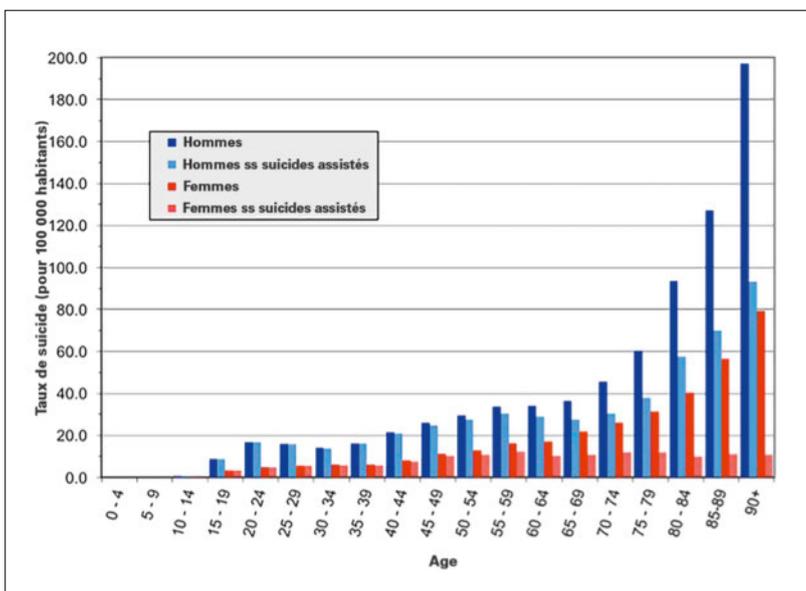
Troubles fonctionnels

Vertiges, troubles de la vision

Contractions musculaires

Troubles de la fonction sexuelle / perte de libido

Troubles de la mémoire



**Figure 2:** Taux de suicide selon l'âge et le sexe, avec/sans (ss) suicide assisté; valeurs moyennes pour la période 2005–2014. Source des données de base: Statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique.

activité. Le délaissement des responsabilités professionnelles et la perte de statut après le départ à la retraite, ainsi que les limitations physiques et psychiques, se répercutent plus directement sur l'estime de soi. Les hommes ont tendance à occulter ou renier les symptômes dépressifs par peur de la perte d'autonomie et de la dépendance [12]. En outre, les hommes âgés dépressifs se montrent plutôt hostiles, irrités, agressifs et contrariés dans la communication, et ils ont tendance à consommer davantage d'alcool [10]. Lorsque les thérapeutes ont le sentiment de comprendre les désirs de suicide et ont une compréhension trop forte de scénario, cela peut être l'expression du contre-transfert, qui au demeurant est considéré comme un signal d'alarme dans la prévention du suicide. Cette situation ne devrait pas aboutir à des actes irréflectifs et hâtifs. Le simple fait de comprendre pourquoi une personne est dépressive ne signifie pas qu'il ne faut pas initier de traitement, voire soutenir un suicide assisté.

Des considérations relatives au diagnostic différentiel des troubles organiques cérébraux dégénératifs sont exposées plus bas. Outre les troubles organiques cérébraux dégénératifs, le diagnostic différentiel doit également tenir compte des dépendances chroniques, en particulier de la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines, qui peuvent non seulement occasionner des altérations cérébrales organiques, mais aussi avoir des conséquences psycho-sociales et favoriser/«masquer» des dépressions.

La «Geriatric Depression Scale» (GDS) a fait ses preuves comme instrument diagnostique standard de la dé-

pression chez le sujet âgé, la version raccourcie à 15 items étant le plus souvent utilisée (tab. 3) [13–16]. La GDS est un auto-questionnaire dont il existe une version allemande et une version française validées. Pour la version raccourcie à 15 items de la GDS, la meilleure sensibilité (84%) et la meilleure spécificité (89%) ont pu être obtenues pour une valeur critique de 6 [13]. Au cabinet du médecin de famille, le test à deux questions a fait ses preuves comme premier outil de dépistage simple et accessible (tab. 4) [10, 17].

## Démence

Avec l'âge, les troubles cognitifs dans le cadre d'affections démentielles augmentent. Précisément au stade précoce, ils sont particulièrement accablants pour les personnes touchées et leurs proches, et la peur de perte de contrôle et de dépendance est grande.

Les troubles dépressifs peuvent également s'accompagner de symptômes cognitifs, tels que troubles de la concentration, de la capacité de rétention et de la mémoire, et peuvent être interprétés à tort en tant que démence [3]. Autrefois, le terme «pseudo-démence» était souvent utilisé dans ce contexte. Le fait que les maladies démentielles soient souvent associées à des symptômes dépressifs, ne permettant pas toujours une distinction claire, complique le diagnostic. La relation entre la démence et la dépression n'a pas encore été suffisamment étudiée. Les dépressions constituent en outre un facteur de risque de démence ultérieure. En particulier les patients qui développent des dépressions à un âge avancé et se plaignent de troubles cognitifs deviennent plus enclins à développer une démence au fur et à mesure que la durée de la dépression augmente [8]. Il peut s'avérer difficile, dans le cadre du diagnostic différentiel, de déterminer si le patient souffre d'une affection dégénérative débutante primaire avec symptômes dépressifs secondaires ou à l'inverse d'un trouble dépressif primaire avec symptômes cognitifs secondaires. L'article de Hatzinger fournit un bon aperçu quant à la distinction entre dépression et démence [3].

**Tableau 3:** L'échelle de dépression gériatrique – «Geriatric Depression Scale» (GDS 15 Items) [13–15]. (Reproduction avec l'aimable autorisation de la Cambridge University Press et de P. Bourque).

	Oui	Non
1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	(0)	(1)
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	(1)	(0)
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	(1)	(0)
4. Vous ennuyez-vous souvent?	(1)	(0)
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	(0)	(1)
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive?	(1)	(0)
7. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps?	(0)	(1)
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible?	(1)	(0)
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir?	(1)	(0)
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	(1)	(0)
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	(0)	(1)
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement?	(1)	(0)
13. Avez-vous beaucoup d'énergie?	(0)	(1)
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée?	(1)	(0)
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre?	(1)	(0)

Valeur seuil («cut-off») 6: Sensibilité 84% – spécificité 89%  
Valeur prédictive positive: 91%

**Tableau 4:** Test à deux questions: diagnostic de la dépression (d'après [17]).

«Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent senti abattu, triste ou désespéré?»

«Au cours du dernier mois, aviez-vous nettement moins d'envie et de joie vis-à-vis de choses que vous aimez faire habituellement?»

En cas de réponse positive aux deux questions:

– Sensibilité 96%  
– Spécificité 57%

## Evaluation du risque de suicide

Les facteurs de risque de suicide sont connus, même si leur utilité dans la pratique clinique quotidienne s'avère limitée. Les données épidémiologiques ne peuvent être extrapolées à un cas individuel que de façon limitée. Tandis que le suicide est un événement rare sur le plan statistique, de nombreux facteurs de risque s'avèrent être très répandus. Une précédente tentative de suicide est considérée comme le principal facteur de risque de tentatives de suicide ultérieures et de suicide. Après une tentative de suicide, une nouvelle tentative de suicide non fatale a lieu en l'espace d'1 an dans 15–20% des cas, et un suicide se produit en l'espace d'1 an dans env. 1,5% des cas et en l'espace de 5 ans dans env. 4% des cas. Il ne faut toutefois pas oublier que 50% de tous les suicides n'ont été précédés d'aucune tentative de suicide et que plus de 90% de toutes les personnes qui ont survécu à une tentative de suicide ne décèdent pas d'un suicide; ce qui indique que même le principal facteur de risque reste un mauvais prédicteur. En revanche, il est avéré que plus les individus vieillissent, plus le risque qu'une nouvelle tentative de suicide se solde par une issue fatale est élevé, d'une part parce que l'organisme est plus fragile et d'autre part parce que des méthodes «plus sûres» (méthodes associées à une létalité élevée, par ex. suicides par arme à feu) sont généralement choisies, avant tout par les hommes [18]. En règle générale, les méthodes de suicide choisies par les personnes âgées se distinguent de celles choisies par les personnes plus jeunes: en Suisse, les hommes âgés présentent un risque nettement accru de suicide par arme à feu, ce qui pourrait s'expliquer à la fois par la disponibilité de ces armes et par l'habitude de les manier. Pour se suicider, les femmes âgées optent plus souvent pour les chutes d'un lieu

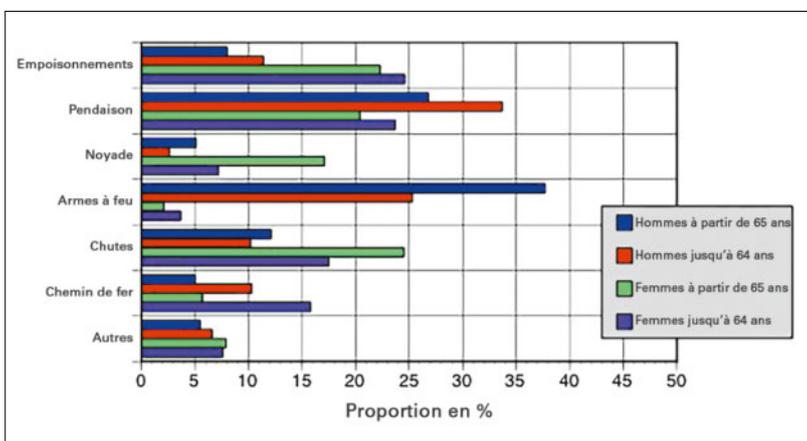
élevé et la noyade et plus rarement pour le suicide sur la voie ferrée par rapport aux femmes plus jeunes (fig. 3).

Un autre problème de bon nombre de facteurs de risque, tels que le sexe et l'âge, est qu'ils sont non spécifiques et non influençables. En revanche, il existe des constellations de risque spécifiques qui sont accessibles à la prévention: par exemple, les hommes veufs ont un risque massivement accru de suicide au cours des premières semaines suivant la perte de leur partenaire [19].

Dans la pratique, il serait souhaitable de disposer d'instruments pour l'évaluation du risque. Malheureusement, il n'en existe aucun qui soit capable de mieux prédire les futures tentatives de suicide ou suicides que l'évaluation clinique ou l'auto-évaluation par les patients. Les valeurs prédictives positives et négatives sont très faibles même chez les patients ayant déjà fait une tentative de suicide, qui sont considérés comme un groupe à risque, et elles sont peu utiles sur le plan clinique [20]. Les recommandations du NICE («National Institute for Health and Care Excellence») déconseillent même explicitement leur utilisation («Do not use risk assessment tools and scales to predict future suicide or repetition of self-harm») [21]. Il n'est en fin de compte guère possible de prédire les suicides, mêmes si des indices sont souvent retrouvés *ex post*. Cela ne signifie toutefois pas qu'une prévention du suicide ne serait pas pertinente ou pas possible [22, 23]. L'examen clinique reste le meilleur moyen pour réaliser une évaluation directe du risque de suicide, et la relation thérapeutique solide reste un élément essentiel de la prévention clinique du suicide.

## Mesures de prévention du suicide

La méthode de prévention du suicide qui est probablement la mieux documentée est la restriction de l'accès aux méthodes de suicide [23]. Les résultats à ce sujet proviennent essentiellement d'études épidémiologiques. Il s'est avéré que l'entrave à l'accès d'une méthode conduisait à une diminution des suicides moyennant cette méthode, sans compensation complète par d'autres méthodes de suicide [24]. Ces connaissances épidémiologiques peuvent également être extrapolées aux situations individuelles, car les personnes suicidaires ne «passent» pas si facilement à une autre méthode. Il convient également de garder à l'esprit que les personnes âgées, avant tout dans les régions rurales, sont nombreuses à avoir accès à des armes à feu et que les suicides par arme à feu sont sur-représentés dans ce groupe d'âge. Dans la mesure du possible, il faut ranger les armes à feu dans un endroit



**Figure 3:** Méthodes de suicide selon l'âge (jusqu'à 64 ans/à partir de 65 ans) et le sexe, sans suicide assisté; valeurs moyennes pour la période 2005–2014. Source des données de base: Statistique des causes de décès de l'Office fédéral de la statistique.

sûr ou, mieux encore, s'en séparer. En particulier les patients âgés multimorbides ont en outre un accès facilité aux médicaments. Il est dès lors recommandé de ne pas les prescrire en grandes quantités ou, par ex., de faire en sorte que les quantités nécessaires soient préparées à l'avance et remises au patient via le Service d'aide et de soins à domicile (soins extrahospitaliers; soins ambulatoires). Il convient d'une manière générale de ne pas administrer d'antidépresseurs tricycliques, car ces médicaments ont de puissants effets anticholinergiques pouvant favoriser l'apparition d'un delirium et sont associés à une létalité élevée en cas de surdosage.

Près de la moitié de tous les patients qui se suicident consultent leur médecin de famille dans le mois ou même la semaine précédant le passage à l'acte. Ils n'abordent alors guère la suicidalité et mettent le plus souvent les troubles somatiques en avant. Avant un suicide ou une tentative de suicide, la fréquence des consultations médicales augmente également [5, 25–27]. Toutefois, comme mentionné plus haut, les personnes âgées n'abordent que rarement d'elles-mêmes les symptômes dépressifs et les idées suicidaires, les mots et la légitimation pour parler de leurs sentiments leur faisant souvent défaut. Précisément pour les personnes âgées, les médecins de famille sont souvent le premier interlocuteur et la principale personne de confiance. Il est dès lors essentiel d'instaurer une atmosphère de dialogue propice à ne pas discuter uniquement des troubles somatiques. Il y a toujours des réticences à parler ouvertement du suicide et du désir de mourir. Toutefois, aborder franchement ce thème peut apporter un soulagement aux personnes touchées. Dans la conversation, il est par ex. possible de parler des souhaits et des appréhensions en soulevant la question des directives anticipées. D'une manière tout à fait générale, la question «Et comment allez-vous autrement?» a fait ses preuves pour inviter les patients à parler d'autre chose que des problèmes somatiques.

### Gestion du désir de suicide assisté

Lorsque les patients expriment le désir de suicide assisté, il est primordial, dans un premier temps, de ne pas émettre de jugement de valeur face au thème. Il s'avère utile de n'émettre ni un avis positif ni un avis négatif initialement. La discussion aura pour objectif de comprendre les motifs à l'origine de ce souhait. Pour de nombreuses personnes, il est rassurant de savoir qu'il existe en principe cette possibilité, car leur sentiment d'autonomie s'en trouve renforcé. Il ne serait guère opportun de manifester une réaction de désapprobation dans une telle situation. Chez les patients

polymorbides, il importe d'en apprendre davantage sur leurs idées et leurs craintes vis-à-vis de l'évolution de la maladie et sur les situations potentielles qu'ils ne considèrent plus dignes d'être vécues. Sur cette base, des alternatives peuvent ensuite être discutées.

Comme mentionné précédemment, il est nécessaire d'exclure des symptômes dépressifs. L'évaluation de la capacité de discernement ne constitue jamais une urgence et il n'y a objectivement pas de contrainte de temps. Cette évaluation devrait se faire avec suffisamment de diligence et elle requiert des connaissances spécifiques. Cependant, comme expliqué plus bas, personne ne peut être contraint d'agir contre sa propre conviction. Sous l'angle de la prévention du suicide et de l'accès à la méthode de suicide, le suicide assisté joue un rôle particulier car dans ce cas de figure, la méthode est activement proposée, ce qui peut s'avérer particulièrement problématique en cas de maladie psychiatrique non détectée en arrière-plan.

Un argument en faveur du suicide assisté souvent avancé est que cette option réduirait les autres suicides et qu'elle permettrait une sorte de «transfert». Il offrirait ainsi aux personnes qui le souhaitent la possibilité d'une mort autodéterminée et digne, au lieu d'un suicide violent. Des études réalisées à l'étranger ont néanmoins montré qu'une libéralisation conduisait à une augmentation des suicides assistés, mais pas à une diminution des autres suicides [28].

Tandis qu'il y a d'une part le souhait autonome de la personne concernée (le terme «autonomie» devant ici être considéré de manière nuancée [29]), il convient d'autre part de toujours tenir compte de la situation des proches, qui sont également affectés par la situation difficile. Une étude suisse a révélé que les personnes ayant vécu le suicide assisté d'un proche souffraient par la suite de symptômes de stress psychique considérables [30]. En particulier en présence de conflits non résolus, un suicide assisté peut aboutir à des constellations relationnelles complexes. A l'inverse, il convient de garder à l'esprit que les désirs de suicide peuvent aussi naître de situations conflictuelles. Par conséquent, il faut dans tous les cas impliquer les proches lorsque les patients expriment le souhait d'un suicide assisté.

### Conditions-cadres juridiques et éthiques du suicide assisté en Suisse

D'après l'art. 115 du Code pénal suisse, l'assistance au suicide n'est pas punissable pour autant qu'elle ne réponde pas à des mobiles égoïstes. Selon l'art. 114 du Code pénal, le meurtre sur demande est répréhensible. En Suisse, il n'existe pas de réglementation légale ex-

## Correspondance:

Prof. Dr méd. Urs Hepp  
Integrierte Psychiatrie  
Winterthur – Zürcher  
Unterland  
CH-8408 Winterthur  
urs.hepp[at]ipw.zh.ch

plicité de l'assistance organisée au suicide. En 2011 et en 2012, le Conseil fédéral et le Parlement ont respectivement décidé que le cadre juridique existant était suffisant pour éviter les abus. L'article de Nestor et al. fournit un aperçu à ce sujet [31]. En 2014, l'organisation d'assistance au suicide Exit s'est engagée davantage en faveur du «suicide pour cause de vieillesse», réclamant un accès facilité à l'assistance au suicide. La présence d'un «désir de mourir bien réfléchi, durable et autonome» et de la capacité de discernement continueraient à être un prérequis, tandis que la présence d'une maladie physique incurable ne constituerait plus un critère d'éligibilité au suicide assisté (citation: «*La présence d'une multitude de doléances et infirmités qui, certes ne sont pas fatales, mais affectent de manière inacceptable la qualité de vie des personnes touchées à tous les niveaux est suffisante. Outre les diagnostics purement médicaux, les facteurs psychosociaux ont également une place légitime dans l'évaluation de la qualité de vie*» [32]). Cette extension en particulier à des facteurs psychoso-

ciaux qui ne sont pas précisément définis confronte la médecine et la société toute entière à de nouveaux défis et à des questions éthiques. Dans ses directives médico-éthiques sur la prise en charge des patients en fin de vie, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) stipule que la mission des médecins est de soulager les symptômes des patients en fin de vie et d'accompagner ces patients. Il n'est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide. La décision d'apporter une assistance au suicide dans un cas particulier doit être respectée en tant que telle. Le médecin a, dans tous les cas, le droit de refuser d'apporter une aide au suicide. [33]. Les directives de l'ASSM ne font toutefois pas l'unanimité, et certaines adaptations sont attendues dans un futur proche. Une prise de position collaborative de la Société Suisse de Gérontologie, de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie et de la Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie de la Personne Agée préconise de ne pas parler de «suicide pour cause de vieillesse» mais d'«assistance au suicide pour les personnes âgées» [34].

## L'essentiel pour la pratique

- Le suicide est une cause de décès fréquente chez les personnes âgées.
- Les personnes particulièrement vulnérables sont les hommes seuls (veufs) et les personnes polymorbides et dépressives.
- Au cours de la semaine précédant un suicide, les personnes âgées consultent souvent leur médecin de famille.
- Entraver l'accès aux méthodes de suicide fait partie de la prévention du suicide.
- La dépression est l'une des principales causes de suicide. Toutefois, les dépressions sont souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées chez les personnes âgées. Les personnes âgées, et en particulier les hommes, abordent rarement les symptômes dépressifs et se plaignent plutôt de troubles «somatiques» non spécifiques.
- La dépression n'est pas un «signe normal de vieillesse», mais un trouble qui nécessite un traitement.
- Erreur fréquente: On ne traite pas la dépression car on comprend qu'une personne soit dépressive.
- L'échelle de dépression gériatrique («Geriatric Depression Scale», GDS) a fait ses preuves dans le diagnostic standard de la dépression de la personne âgée. Le test à deux questions est adapté comme premier dépistage.
- En cas de désir de suicide assisté, un trouble dépressif doit toujours être exclu.

### Remerciements

Grâce à l'accord de l'Office fédéral de la statistique à Neuchâtel, les données statistiques ont été extraites de la statistique suisse des causes de décès.

Nous remercions le Professeur Yesavage ainsi que Hogrefe Verlag GmbH & Co pour l'autorisation de reproduction de la version allemande de la «*Geriatric Depression Scale*» (GDS). Nous remercions également le Professeur Bourque et la *Cambridge University Press* pour l'autorisation de reproduction de la version française de la «*Geriatric Depression Scale*» (GDS).

### Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

### Littérature recommandée

- Hatzinger M, Hemmeter U, Hirsbrunner T, Holsboer-Trachsler E, Leyhe T, Mall J-F, et al. Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. *Praxis*. 2018;107(3):127–44.
- Hatzinger M. Affektive Störungen im Alter. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2011;162(5):179–89.
- Kok RM, Reynolds CF. 3rd, Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*. 2017;317(20):2114–22.
- Waechter C. Depression und Suizid im Alter. *Erkennen und Behandeln lohnen sich. Psychotherapie im Alter*. 2014;11(1):63–81.
- Suizidprävention Zürich <https://www.suizidpraevention-zh.ch/>.

### Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).