



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Suicides et tentatives de suicide en EHPAD dans le Nord-Pas-De-Calais en
2012**

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mai à 18H
Au Pôle Formation
Par Marie MANECHEZ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Monsieur le Docteur Jean ROCHE

Monsieur le Docteur Emmanuel LECLERCQ

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean ROCHE

Table des Matières

Liste des abréviations

Résumé de la thèse

Plan thèse :

- Introduction

- Définition et concept du suicide, de la crise suicidaire et de la tentative de suicide.
- Définition de la personne âgée.
- Définition de EHPAD.
- Le vieillissement normal et ses conséquences.
- Epidémiologie du suicide et des tentatives de suicide.
- Les facteurs de risques de suicide.
- Les critères diagnostiques de la dépression selon le DSM et syndrome gériatrique.
- Les schémas cognitifs explicatifs.
- Prise en charge thérapeutique de la dépression et de la crise suicidaire.
- Justification de notre étude.

- Matériels et méthodes

- Les objectifs de l'étude.
- Description de l'enquête.
- Description des entretiens qualitatifs sur les cas de suicide.

- Résultats

- Les principaux résultats.
- Les résultats des entretiens libres concernant les 4 cas de suicide.

- Discussion

- Résultats de l'étude et comparaison aux données de la littérature.
- Les biais de l'étude.
- Les facteurs favorisant le suicide retrouvés en EHPAD.
- Le rôle du médecin traitant.
- La prise en charge thérapeutique globale.
- Les programmes de prévention et de formation.

- Conclusion

- Les principaux résultats de l'étude.
- Les programmes régionaux de santé.
- Les traitements.
- Développement possible de notre étude.
- Résumé de la stratégie de prévention.

Bibliographie

Annexes

- Annexe 1 : questionnaire initial destiné aux médecins coordonnateurs
- Annexe 2 : questionnaire complémentaire destiné aux médecins coordonnateurs
- Annexe 3 : échelle gériatrique de dépression : GDS
- Annexe 4 : tableau facteurs de risque de suicide
- Annexe 5 : répartition géographique des EHPAD en France en 2012
- Annexe 6 : part et taux de suicide en France en 1999 selon les âges et le sexe

Liste des abréviations

- **ADL**: Activites of Daily Live
- **ALD**: Affection de Longue Durée
- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- **ARS** : Agence Régionale de la Santé
- **CEpiDC** : Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de Décès
- **CLIC** : Centre Local d'Informations et de Coordination
- **CMP** : Centre Médico-Psychologique
- **Comportements auto-destructeurs indirects ou équivalents suicidaires** : il s'agit de comportements indirectement suicidaire tels que le refus d'alimentation ou de la prise de certains traitements,
- **DGS** : Direction Générale de la Santé
- **DSM** : Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- **EHPAD** : Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes
- **GDS** : Geriatric Depression Scale : Echelle de dépression gériatrique
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IADL**: Instrumental Activities of Daily Living
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **IRS** : Traitement antidépresseur Inhibiteur Recapture Sérotonine

- **LCS** : Liquide Cérébro-Spinal

- **MADRS** : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale qui est une échelle de dépression.

- **MMSE** : Mini Mental State Examination

- **NPI** : Neuropsychiatric Inventory

- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

- **OTE** : Personnalité Openess to Experience

- **TS** : Tentative de Suicide

Suicides et tentatives de suicide en EHPAD dans le Nord-Pas-De-Calais en 2012

Introduction

- Définition et concept du suicide, de la crise suicidaire et de la tentative de suicide.

Le suicide est un phénomène qui a toujours existé. La terminologie provient du latin (sui : soi et caederes : tuer). Ce terme a été employé pour la première fois en 1752 par l'abbé Desfontaines ; auparavant on parlait de « meurtre de soi ».

Selon le sociologue DURKHEIM¹, en 1897, il résulte d'une dégradation de la cohésion sociale. Il distinguait 4 catégories de suicide :

- L'égoïste
- L'altruiste
- L'anomique
- Le fataliste

Le suicide selon Albert CAMUS dans *Le Mythe de Sisyphe en 1942* occupe une place centrale en philosophie et pose la question du sens de la vie¹.

Pour l'OMS, le suicide est un attentat contre sa propre personne avec un degré variable dans l'intention de mourir².

Il s'agit d'une mort auto-infligée avec la preuve que la personne cherchait à mourir.

La crise suicidaire est un changement dans l'évolution de la maladie qui signe son aggravation, c'est une rupture avec l'état antérieur.

On parle également de syndrome pré-suicidaire. C'est une période de 6 à 8 semaines, selon le professeur TERRA, où le suicide va devenir progressivement la seule solution pour abréger les souffrances psychiques vécues comme insupportables.

Elle est sous-jacente à une conduite suicidaire et peut être son aboutissement.

Elle est composée de plusieurs étapes : les flashes suicidaires, les pensées qui se cristallisent sur l'idée de suicide et enfin la programmation du geste avec passage à l'acte³.

A tout moment ce phénomène peut être arrêté si une prise en charge adaptée est proposée au patient.

La tentative de suicide se définit quant à elle par un comportement auto-agressant avec une issue non fatale et la preuve que la personne voulait mourir².

En terme de prévention de ces tentatives le médecin traitant a un rôle clé. En effet seulement un quart des sujets âgés morts par suicide ont eu des contacts avec le secteur de psychiatrie dans l'année précédant leur geste. En revanche plus de 50% ont eu des contacts avec leur médecin traitant dans le mois précédent⁴.

Le suicide et les comportements suicidaires peuvent être aussi le reflet d'un fonctionnement d'une société, des habitudes communautaires et des croyances religieuses. Les chiffres de suicide varient également en fonction des périodes historiques, des pays et des régions.

- Définition de la personne âgée

Une personne âgée est une personne de plus de 65 ans selon l’OMS⁵.

Une autre définition sociale utilise l’âge de cessation d’activité professionnelle ce qui reviendrait à entrer dans la vieillesse à 55 ans en moyenne en France.

L’âge de 75 ans est plus souvent retenu en gériatrie car plus réaliste si l’on veut prendre en compte les populations les plus exposées aux risques de perte d’autonomie et à la fragilité, ce qui est le cas dans notre étude. En effet la population cible est, pour notre part, les résidents d’EHPAD.⁶

- Définition de EHPAD

Il s’agit d’un Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes, âgées au minimum de 60 ans et en perte d’autonomie physique et ou psychique.

Ces établissements dont le nombre en France est estimé en 2012 à 6768⁷ ont les caractéristiques suivantes : leur capacité variant de 11 à 355 lits, une capacité moyenne de 77 lits, un GMP moyen (Gir¹ Moyen Pondéré) de 647, un PMP moyen (Pathos Moyen Pondéré) de 175. L’âge moyen des résidents est de 84,6 ans et des résidentes 85,8 ans. La durée moyenne de séjour est de 3,8 ans.

Il a été montré qu’il y a un taux important de suicide chez les personnes âgées vivant en EHPAD par rapport à celles qui vivent au domicile.⁸

¹ GIR : Groupe iso-ressources

- Le vieillissement normal et ses conséquences

L'espérance de vie à la naissance était de 25 ans dans l'antiquité, elle est aujourd'hui estimée à 80 ans dans les pays industrialisés.

L'espérance de vie moyenne à la naissance en France selon l'INSEE en 2012 est estimée à 84,8 ans pour les femmes et à 78,5 ans pour les hommes.

Avec un effectif de 5,6 millions de personnes, les personnes âgées qui représentaient 8,8% de la population en 2009, représenteraient 9,1% de la population en 2020 et 15,8% en 2050 soit respectivement 6 et 11 millions d'individus.⁹

Le vieillissement n'est pas synonyme de dépendance. Aussi l'espérance de vie sans incapacité a augmenté régulièrement du fait des progrès médicaux et scientifiques ainsi que des modifications dans le mode de vie.

- Epidémiologie du suicide et des tentatives de suicide

En France en 2010, 10400 suicides ont été enregistrés selon les statistiques du CepicDC-INSERM.¹⁰

Les personnes âgées sont particulièrement concernées puisqu'en moyenne un tiers des suicides touche les plus de 65 ans.¹¹

En 2000 l'OMS identifiait des taux de suicide de 50 pour 100 000 chez les hommes et de 16 pour 100 000 chez les femmes de plus de 65 ans.¹²

Il existe de plus une probable sous-estimation de ce chiffre car ces statistiques proviennent essentiellement des résultats des certificats de décès réalisés par les médecins.

Le taux de suicide augmente avec l'âge et est particulièrement élevé chez les hommes âgés de plus de 75 ans même si les suicides ne représentent que 0,7% des décès après 65 ans. C'est cependant une cause de décès prématuré importante puisque c'est la troisième cause de décès si on raisonne en années de vie perdue.¹²

La France est l'un des pays européens où l'on se suicide le plus, tous âges confondus, avec la Finlande, la Belgique, la Suisse, le Luxembourg et l'Autriche.¹³

Il existe également des disparités régionales au sein de la France avec un gradient nord-ouest.

Il existe en effet une majoration de 21% du risque suicidaire et de 29% des tentatives de suicides chez les patients habitant dans la région Nord-Pas-De-Calais.¹⁴

D'autres pays sont moins touchés par le suicide comme les Pays-Bas, la Norvège, le Canada, l'Australie, l'Irlande et la Grande Bretagne.³ Ces différences sont aussi le reflet de politique de prévention axée sur le suicide.

Concernant les tentatives de suicide en France, elles seraient au nombre de 20 000 sur une année chez les plus de 60 ans et concernent d'avantage les femmes.¹²

Nous ne disposons pas cependant de chiffres exacts pour quantifier les tentatives de suicide. Nous pouvons nous aider, pour une meilleure appréciation, des appels au centre 15 pour quantifier ce taux qui reste approximatif.¹⁵

Un observatoire national du suicide a d'ailleurs été créé en 2013.¹

Le Suicide est un problème de santé publique qui a fait l'objet de recommandations de l'ANAES en 2000.¹⁶ Un nouveau Programme National d'Actions Contre le Suicide (2011-2014) est développé dans ce cadre. (PNACS)

De plus le vieillissement progressif de la population lié à l'allongement de l'espérance de vie rend ce problème d'autant plus actuel et crucial.

Il est important de prendre en compte ces programmes et recommandations afin de mieux identifier les facteurs de risque de suicide et les prendre en charge.

En terme économique, l'OMS placera en 2020 la dépression au 2^{ème} rang des maladies les plus sévères en termes de coût global pour la société après les maladies cardio-vasculaires¹⁷, la dépression est un des principaux facteurs de risque important de suicide.

- Les facteurs de risque de suicide

Ces facteurs ont été identifiés grâce à l'analyse des tentatives de suicide et à la réalisation d'autopsies psychologiques.¹⁸

L'autopsie psychologique est une technique qui s'est développée dans les années quatre-vingt pour aider à identifier les facteurs explicatifs et prédictifs en suicidologie.

Il s'agit d'une méthode rétrospective complexe à mettre en œuvre qui est réalisée par des spécialistes formés à cette technique.

Reconnaître précocement les éléments favorisant le passage à l'acte suicidaire a un rôle important dans le domaine de la prévention.

Les facteurs ou marqueurs de risque de suicide chez ces sujets âgés retrouvés dans la littérature sont :^{18,19}

- **l'âge élevé** : le taux de suicide augmente progressivement avec l'âge.

La personne âgée est une personne qui peut être fragilisée par les conséquences du vieillissement pathologique, les modifications de son environnement social et familial. Il risque alors de se développer une idéation suicidaire souvent favorisée par un trouble thymique comme la dépression ou trouble anxieux sous-jacent.⁶ Mais c'est surtout les comorbidités somatiques et psychiques qui expliquent ces taux élevés de suicide.

- **le sexe masculin** concernant les suicides.²

En France, à tout âge, les hommes sont plus touchés par le suicide.

Chez les hommes le taux de suicide augmente fortement à partir de l'âge de 65 ans et ce taux est le plus élevé chez les sujets de 85 ans.¹³ En France le suicide est 5 fois plus fréquent chez les hommes pour les plus de 75 ans.

Il existe une exception, en Chine, où le taux de suicide est particulièrement élevé chez les femmes âgées, habitant en zone rurale. Ceci s'expliquerait par l'importance des inégalités sociales. Tout en sachant que l'espérance de vie à la naissance en Chine selon l'INSEE est de 74 ans pour les hommes et 76,6 ans pour les femmes.

A l'inverse **le sexe féminin** est plus exposé aux tentatives de suicide.

- **le statut familial** : veuf ou célibataire.¹³

Le risque de dépression après le décès d'un conjoint ou d'une conjointe est majeur dans les mois qui suivent le décès, il est estimé de 30 à 60%. Or la dépression est un facteur de risque majeur de suicide.²⁰

- **l'isolement social** et la perte des rôles et des statuts professionnels et/ou sociaux.
- **l'entrée en maison de retraite** en particulier dans les 6 à 12 premiers mois.²

Il a été observé que lorsque le sujet entre en EHPAD, il y a un risque accru de dépression et d'anxiété favorisés notamment par des maladies associées ou une dépendance à l'origine de l'entrée en EHPAD et du fait également du changement d'environnement et du deuil à faire de son ancien cadre de vie (objets, souvenirs, voisins, habitudes de vie...).

Si l'on souhaite développer une action préventive efficace il est important de connaître et de rechercher les facteurs de risque de passage à l'acte chez ces sujets dès leur entrée en institution et à plusieurs reprises durant leur séjour. Il est nécessaire également de repérer les facteurs de protection du sujet.

- **la précarité financière** : les personnes avec un bas niveau socio-économique sont plus fréquemment sujet à un risque de dépression et donc de suicide.¹
- **les troubles psychiatriques** :
 - la dépression:¹¹elle toucherait environ 10% des sujets âgés. Cependant ce chiffre est difficile à estimer car les dépressions chez le sujet âgé sont sous diagnostiquées du fait de comorbidités pouvant masquer les symptômes dépressifs.

De plus, un nombre important de médecins n'utilisent pas les critères du DSM pour établir ce diagnostic.

Ainsi l'utilisation en pratique clinique de multiples terminologies comme trouble de l'humeur, état dépressif, syndrome ou trouble dépressif, mélancolie, dépression majeure, deuil et trouble anxio-dépressif ne permettent pas de bien préciser les choses tant sur le plan clinique qu'épidémiologique.

L'utilisation d'échelles de dépistage pourrait être une aide pour les praticiens.

Il existe de nombreuses échelles de dépistage et de suivi des troubles dépressifs comme : HAMILTON dépression, GDS, mini-GDS et MADRS.

Mais ces dernières ne sont pas toutes adaptées aux spécificités de la personne âgée il est donc important de connaître leurs indications et leurs limites.

Contrairement à une idée reçue la dépression augmente chez le sujet âgé non pas à cause de l'âge en lui-même mais avec l'apparition conjointe de pathologies somatiques invalidantes, d'une dépendance et des modifications de l'environnement.²¹

- les autres pathologies psychiatriques. Le suicide est retrouvé chez 20% des patients atteints de schizophrénie et chez 15 % des patients atteints de troubles bipolaires.^{18 et 22}
- la consommation d'alcool : ²³ la prévalence des conduites d'alcoolisation chez le sujet âgé serait d'environ 14%. Dans deux tiers des cas cette consommation a débuté précocement et dans un tiers des cas tardivement. Dans une récente analyse l'abus d'alcool concernait 26% des suicides chez les personnes âgées. C'est l'addiction la plus fréquente et la plus connue chez les sujets âgés.

La prise d'alcool au moment du passage à l'acte suicidaire peut avoir eu un rôle favorisant pour le geste notamment du fait de son effet désinhibiteur.

Cette addiction à l'alcool est souvent associée à un abus de psychotropes notamment les benzodiazépines.²⁴

- faible score OTE « Openess To Experience »(que l'on peut traduire par l'ouverture aux expériences ou aux autres). Les personnes très âgées ont plus de difficulté à s'adapter à de nouvelles situations ce qui pourrait être un facteur de déstabilisation psychique.
- Troubles de la personnalité comme les personnalités obsessionnelles, anxieuses et dépendantes.^{2 et 25}

Tout trouble de la personnalité peut fragiliser l'individu face aux conséquences du vieillissement normal et pathologique.

- **les antécédents de Tentative de Suicide** sont un facteur de risque majeur de récurrence suicidaire d'autant plus que cette tentative est survenue récemment. Le risque de récurrence est ainsi très élevé dans le mois qui suit la tentative.^{26 et 27}
- **les antécédents familiaux de suicide** notamment chez les parents du premier degré.²
- **les pathologies somatiques chroniques invalidantes**.¹⁸
- Celles qui sont source de handicap notamment les maladies neurologiques comme l'épilepsie ou la sclérose en plaques. La dépression est également fréquente dans les suites d'un accident vasculaire cérébral ou encore dans certaines pathologies chroniques comme la maladie de Parkinson.²⁸

La dépression et les idées suicidaires sont également retrouvées chez les sujets atteints de maladies cardiovasculaires, d'insuffisance respiratoire sévère et de néoplasies. Concernant les pathologies cancéreuses 32% des patients atteints de cette maladie ont eu des idées de suicide et 22% ont fait une tentative.²⁹

A l'inverse, les maladies somatiques seraient retrouvées chez 25% des patients décédés par suicide.

- Les troubles cognitifs sont également reconnus comme facteur de risque de dépression et donc de suicide¹⁸. Les troubles des fonctions exécutives sont particulièrement associés au risque de dépression et donc de suicide.²⁷

Il existe une échelle spécifique d'évaluation du trouble dépressif en cas de troubles cognitifs, l'échelle de CORNELL qui peut aider le praticien à différencier des symptômes dépressifs d'une réelle dépression.

Le NPI (Inventaire NeuroPsychiatrique) qui est destiné à évaluer les troubles du comportement chez les patients atteints de démence comporte un item sur la dépression et peut être une aide au dépistage dans ce cadre.³⁰

La prévalence des troubles dépressifs est estimée à : 5 à 30% pour les malades d'Alzheimer et 20 à 25% pour les malades atteints de démence vasculaire.¹⁷

Les réels troubles dépressifs sont plus fréquents à un stade précoce de la maladie.

- la douleur physique : C'est essentiellement la douleur chronique mal soulagée par un traitement.

Dans certaines études il est retrouvé des similitudes en neuro-imagerie sur les zones cérébrales lors de douleurs physiques et de douleurs morales. Certains traitements antidépresseurs sont aussi efficaces dans les douleurs chroniques de type douleurs neuropathiques.³¹

- **Plus généralement la notion de dépendance** est retrouvée comme facteur de risque de suicide.
- **la notion d'évènements de vie précipitant ou facteurs proximaux**³

Globalement le phénomène suicidaire s'intègre dans un modèle multifactoriel.

Il est important de comprendre que le risque de passage à l'acte n'est pas lié uniquement à l'accumulation de facteurs de risque ou à un manque de facteurs de protection mais que cela s'intègre dans une approche qualitative, individuelle et multifactorielle.

Les Anglo-Saxons nous proposent une liste de facteurs de risque appelé SADPERSONS.³²(annexe 4)

- *Les critères diagnostiques de la dépression selon le DSM et syndrome gériatrique*

Ces critères ont été traduits de l'anglais vers le français.

Critères diagnostiques d'un **épisode dépressif majeur (DSM-V)**

Les critères suivants sont ceux du DSM-V tels que proposés par l'American Psychiatric Association. Ceux-ci diffèrent principalement des critères retrouvés dans le DSM-IV-tr par le retrait du critère d'exclusion du deuil et par l'ajout d'une note à ce sujet.

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Note: La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif.

La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et une altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

Si une dépression majeure est diagnostiquée une prise en charge médicale est de mise.

Le repérage de la dépression chez le sujet âgé est compliqué du fait des comorbidités et de l'intrication avec les conséquences du vieillissement

Le DSM propose une définition internationale consensuelle de dépression majeure mais il existe d'autres définitions plus anciennes basées sur les différences de présentation clinique comme la dépression masquée, hostile et subsyndromique que nous citons ici.

- **La dépression masquée**, la présentation clinique serait dominée par des symptômes physiques comme par exemple un syndrome douloureux.
- **La dépression hostile**, les troubles du caractère sont au premier plan comme l'agressivité.²⁸

Elle s'intégrerait quant à elle dans des pathologies plus générales comme les états mixtes et les troubles bipolaires.

- **La dépression subsyndromique** est définie par une symptomatologie dépressive qui ne rentre pas dans les autres cadres nosographiques.³³

A l'inverse le sujet âgé peut présenter des formes de dépressions mélancoliques voire catatoniques ou délirantes dont la prise en charge thérapeutique peut être compliquée.³³ C'est le cas par exemple du syndrome de COTARD décrit pour la première fois en 1880 qui est une forme de délire hypochondriaque marqué par une négation d'organe.

De plus la dépression chez le sujet âgé peut prendre des formes atypiques rendant la prise en charge difficile. Les sujets âgés expriment moins leur désespoir ce qui rend le diagnostic plus compliqué.³⁰

En outre la dépression fait désormais partie des syndromes gériatriques. Elle constitue un marqueur de fragilité et de vulnérabilité du sujet âgé.

La notion de syndrome gériatrique existe depuis 1980, cela diffère des maladies et du syndrome médical classique. Il s'agit d'une situation de santé définie par 4 critères :

-fréquence de la pathologie

-facteurs multiples

-conséquences fréquentes

-prise en charge multifactorielle

Dans cette définition la dépression du sujet âgé occupe une place à part entière et appartient à ces syndromes au même titre que les confusions, les chutes, les troubles du sommeil, la dénutrition et la démence.³⁴

- Les schémas cognitifs explicatifs

Il existe entre autres **la triade cognitive de BECK** qui comprend les pensées négatives chez le sujet déprimé, pensées qui s'articulent en 3 items :³⁵

- la vision négative de soi
- la vision négative du futur
- la vision négative de l'environnement.

A titre indicatif il y a deux notions qui selon les auteurs seraient spécifiques chez le sujet âgé déprimé que l'on appelle des cognitions dysfonctionnelles qui rendent sa prise en charge difficile, il s'agit du changement impossible avec l'âge (CIA) et la banalisation de symptômes dépressifs avec l'âge (BSDA). Cela serait sous-tendu par des schémas inadaptés.

Avec l'âge le sujet développerait des pensées automatiques inadaptées et utiliserait des schémas précoces inadaptés (SPI).²¹

La difficulté de repérage du syndrome dépressif s'appuie donc sur les présentations cliniques atypiques de la dépression du sujet âgé et sur l'attitude parfois négative du patient et du clinicien face au vieillissement.^{12 et 30}

- Prise en charge thérapeutique de la dépression et de la crise suicidaire

Concernant la prise en charge thérapeutique, une fois le symptôme dépressif déposé il est primordial d'amorcer un suivi et prise en charge spécialisée.

Une psychothérapie associée à une prise en charge et à un suivi psychologique et/ou psychiatrique sont indispensables malgré une difficulté d'acceptation parfois observée chez les patients âgés qui n'ont pas toujours l'habitude de ce type de prise en charge.³⁶

Chez les patients ayant des comportements suicidaires il existerait une diminution de sérotonine au niveau cérébral et les patients dépressifs suicidaires auraient une baisse d'acide homovalinique et 5-hydroxy-indol-acétique dans leurs LCS.³⁶

Il existerait également une hypoperfusion fronto temporale et une atrophie hippocampique (médiée par l'effet neurotoxique des glucocortocides) à l'imagerie chez les patients atteints de dépression majeure.³⁷

Il existe un rôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien avec une interaction des systèmes mono-aminergiques dans la dépression.³⁸

D'où le rôle important des antidépresseurs.

Les antidépresseurs qui se sont développés depuis les années cinquante, agiraient en augmentant la libération pré-synaptique de monamines et engendrent une activation enzymatique et une augmentation de la synthèse de protéine, ils stimulent les facteurs neurotrophiques du cerveau.³⁹

Les IRS sont des traitements antidépresseurs souvent utilisés en première intention chez le sujet âgé mais comme tout traitement ils présentent des effets secondaires : troubles digestifs avec augmentation du risque d'hémorragie, amaigrissement, hyponatrémie, syndrome serotoninergique et interactions médicamenteuses notamment du fait du passage hépatique.³⁰

Bien qu'il existe un syndrome de levée d'inhibition avec un risque de virage maniaque suite à l'instauration d'un antidépresseur on observe globalement une baisse du risque suicidaire avec un traitement médicamenteux efficace.

Entre 80 et 94 ans plus d'un français sur 10 à une prescription d'antidépresseur mais pas toujours à dose efficace et pour une durée suffisante.¹⁷

Il existe parfois une réaction négative de la société et des soignants qui favorisent aussi une différence de prise en charge et de choix thérapeutique.¹²

Par ailleurs il existe d'autres traitements dans les formes de dépressions résistantes comme la stimulation magnétique transcranienne et l'électroconvulsivothérapie avec stimulation préférentielle du cortex préfrontal dorsolatéral gauche.

L'électroconvulsivothérapie est utile dans la dépression sévère du sujet âgé, il s'agit de provoquer une crise convulsive généralisée via un courant électrique pulsé.

Ce geste nécessite cependant une anesthésie générale.

En cas d'échec de stimulation magnétique transcrânienne ou TMS on peut recourir à l'électroconvulsivothérapie chez les patients atteints de syndrome dépressif.⁴⁰

La stimulation magnétique transcrânienne est une alternative intéressante développée depuis 1980 car elle ne nécessite pas d'anesthésie. Il existe une persistance de l'effet même à l'arrêt du traitement qui s'explique par une modification de l'efficacité synaptique au sein des réseaux corticaux. Cependant les résultats varient beaucoup d'un sujet à l'autre.

D'après les études son efficacité est comparable à la sismothérapie chez les patients ayant un syndrome dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques.

En revanche il semble que cette méthode soit moins performante chez ceux qui présentent un syndrome dépressif majeur associé à une psychose.

Globalement la tolérance de cette thérapeutique est bonne mais son efficacité semble diminuée chez le sujet très âgé et/ou ayant des lésions cérébrales essentiellement vasculaires.⁴¹

D'autres psychotropes sont employés dans le traitement de la dépression mais ils ne sont pas toujours indiqués ou nécessaires.

En France par rapport au reste de l'Europe les patients âgés présentant un syndrome dépressif et/ou des antécédents de Tentative de Suicide bénéficient souvent d'une co-prescription de BENZODIAZEPINES à visée anxiolytique qui peut s'avérer inutile ou parfois dangereuse avec un risque non négligeable de chute, de confusion et de baisse d'autonomie.²⁶

En France la prise en charge des troubles dépressifs récurrents ou persistants fait l'objet de la part de l'HAS d'une publication ainsi que d'un guide ALD de septembre 2010 également à la disposition du corps médical sur le site de l'HAS.

- Justification de notre étude

Il existe peu d'études portant sur le suicide et les tentatives du sujet âgé en institution pourtant un sur-risque est décrit dans ces populations. Le sujet âgé suicidaire est souvent animé d'une forte détermination et l'intentionnalité de son geste se conjugue avec une vulnérabilité somatique importante.⁶

Il existe chez certains sujets une douleur morale intense liée à une mélancolie, il s'agit d'une véritable urgence psychiatrique avec un risque suicidaire élevé.

De plus le sujet vivant en EHPAD est un patient certes avec moins de moyens permettant le passage à l'acte à disposition mais plus souvent isolé sur le plan social, porteur de pathologies organiques lourdes et plus dépendant comparativement à un sujet du même âge qui vit au domicile, d'où l'intérêt d'étudier ces situations.^{6 et 42}

Enfin on estime que 85% des personnes accueillies en EHPAD présenteraient une affection neuropsychiatrique, cependant tous ces patients ne bénéficient pas d'un dépistage de ces troubles.⁴²

Si l'on souhaite développer une action préventive efficace il est important de connaître et de rechercher les facteurs de risque de dépression et de suicide chez ces sujets dès leur entrée en institution et à plusieurs reprises durant leur séjour. Il est nécessaire également de repérer les facteurs de protection du sujet et de les mettre en avant.²

Matériels et méthodes

- les objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était de rechercher les cas de suicides et de tentatives de suicide survenus en EHPAD en 2012 dans le Nord-Pas-De-Calais.

L'objectif secondaire était d'analyser les cas de suicide par l'intermédiaire d'un entretien qualitatif réalisé auprès des médecins coordonnateurs de ces EHPAD.

- Cette étude s'est réalisée en partenariat avec la Fédération de Recherche en Santé Mentale de LILLE.
- Nous nous sommes assurés auprès du Comité de Protection des Personnes que notre étude respectait les modalités réglementaires.
- Le nombre souhaité de réponses était de 100.
- Critères d'inclusion : Résidents d'EHPAD habitant dans le Nord-Pas-De-Calais et ayant fait une tentative de suicide ou un suicide en 2012.
- Critères d'exclusion :
 - Idée de mort ou idées suicidaires sans passage à l'acte.
 - Tentative de suicide ou suicide se déroulant avant ou après l'année 2012.
 - « Equivalent Suicidaire » comme le refus de soins ou de prise de traitement.
 - Personnes âgées ayant fait une tentative ou s'étant suicidées à domicile ou en foyer logement.

- Description de l'enquête

Nous avons mené une enquête rétrospective auprès des médecins coordonnateurs sur les cas de suicide et de tentative survenus dans les **288 EHPAD du Nord-Pas-De-Calais**.

Les coordonnées ont été obtenues auprès de l'ARS et croisées avec les coordonnées des étudiants ayant suivis le Diplôme universitaire de médecin coordonnateur de LILLE 2.

Le recueil de données s'est déroulé du **30 mai au 13 juillet 2013** pour la première partie de l'étude.

La sollicitation des médecins pour les réponses s'est faite par l'envoi consécutif de deux mails aux médecins coordonnateurs avec un lien internet vers le questionnaire de l'étude.

Une relance téléphonique a été réalisée en l'absence de réponse au mail.

Nous n'avons pas rencontré les médecins traitants et les personnes ayant commis une tentative de suicide.

Le questionnaire (annexe 1) qui comportait une vingtaine d'items portait sur :

- Les caractéristiques générales de l'EHPAD : ville d'implantation de la structure, statut de l'EHPAD, nombre de résidents, score PMP et GMP, la présence d'un ou d'une psychologue au sein de l'établissement.

- L'importance des problèmes de santé mentale et des risques suicidaires en l'EHPAD selon les médecins coordonnateurs.

- Nous avons également demandé aux médecins coordonnateurs s'ils connaissaient les coordonnées de l'équipe de secteur de psychiatrie le plus proche et enfin pour combien de personnes hébergées dans la structure ils avaient dû faire appel à cette même équipe sur l'année de référence 2012.

- L'existence ou non de cas de suicide et de tentative de suicide rencontrés en 2012 parmi les résidents des EHPAD.

- Le cas échéant, les caractéristiques des personnes suicidées ou suicidaires avec précision de certains éléments comme l'âge du résident, son sexe, le moyen de suicide employé ainsi que les services sollicités en urgence, les mesures prises après le geste au sein de l'EHPAD.

- Il était ensuite demandé aux médecins coordonnateurs s'ils acceptaient d'être recontactés pour aller plus loin dans l'analyse de ces cas de suicide.

- Description des entretiens qualitatifs sur les cas de suicide.

Avec leur accord et dans un second temps, les médecins coordonnateurs ont été rencontrés en fonction de leurs disponibilités entre novembre 2013 et janvier 2014 pour la réalisation d'entretiens qualitatifs sur les cas de suicide.

Ce complément d'enquête visait à décrire plus complètement les cas rencontrés et à apprécier les besoins de formation en suicidologie du personnel de l'EHPAD. Il s'agissait d'un questionnaire destiné aux médecins coordonnateurs rempli avec l'aide du praticien lors d'un entretien individuel d'une durée d'environ une heure. Il était convenu de respecter l'anonymat du patient et de la structure dans l'analyse des résultats.

L'entretien comportait 3 parties :

- **Caractéristiques des patients** : âge, sexe, statut matrimonial, informations sociales et évaluation de l'environnement, antécédents médicaux, addictions, antécédents chirurgicaux et familiaux, score MMS récent, liste des traitements avant le geste suicidaire, évaluation de la dépendance et du handicap (échelles ADL, IADL).

- **Contexte de survenue du suicide** : informations sur la date, le lieu, le moyen employé, les facteurs déclenchants ou favorisants supposés (deuil récent, contexte familial, maladie ayant décompensé récemment).

- **Mesures individuelles et collectives** éventuellement prises au sein de l'EHPAD après le geste suicidaire, précision des services sollicités et des conséquences pratiques observées et mises en place.

Description du mode de repérage du syndrome dépressif utilisé au sein de l'institution comme les échelles de type GDS, mini-GDS, HAMILTON, MADRS, et des liens avec les services de psychiatrie et le CMP.

Résultats

- Les principaux résultats

Nous avons obtenu **107** réponses de médecins coordonnateurs, soit un **taux de réponse de 37%**. Les EHPAD qui ont répondu avaient un Pathos moyen pondéré (PMP) de 191 et un Gir² moyen pondéré (GMP) de 705, soit des scores déjà assez élevés sur le plan des comorbidités et de la dépendance.

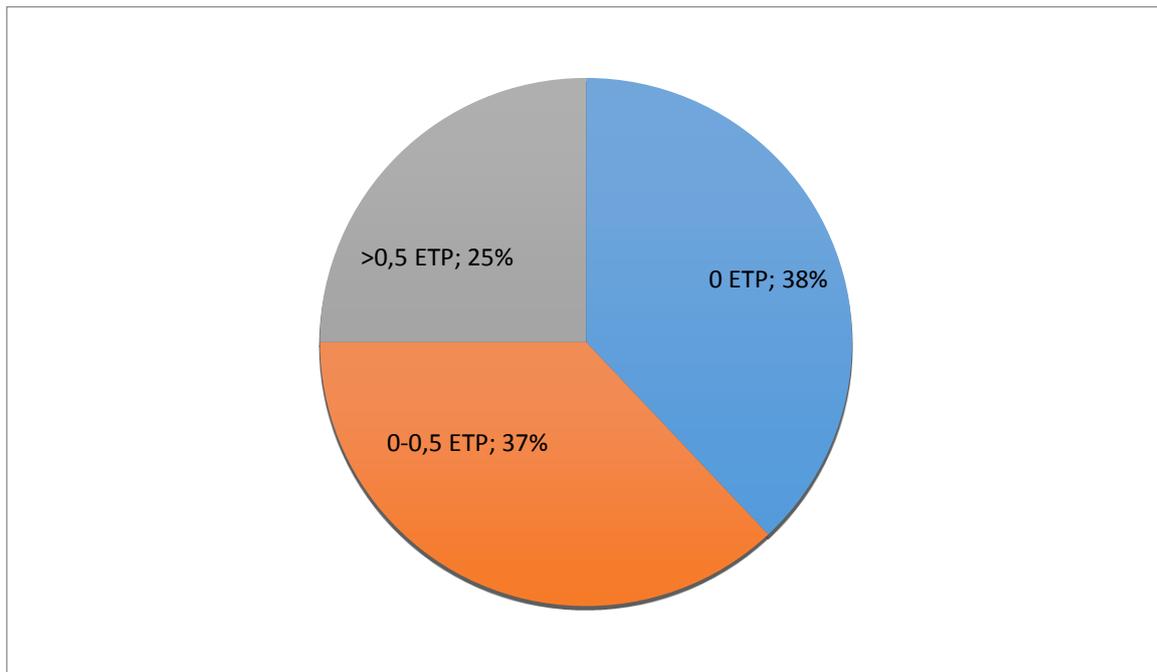
Environ 96% des médecins coordonnateurs connaissaient les coordonnées de l'équipe de secteur de psychiatrie, et 56% d'entre eux ont fait appel à ce même secteur pour l'année 2012 pour un nombre de patients allant de 1 à 8 selon les EHPAD.

Les troubles psychiatriques instables restent selon eux assez fréquents en EHPAD.

38% des EHPAD n'avaient cependant pas de psychologue au sein de leur établissement (CF figure 1).

² GIR : Groupe iso-ressources

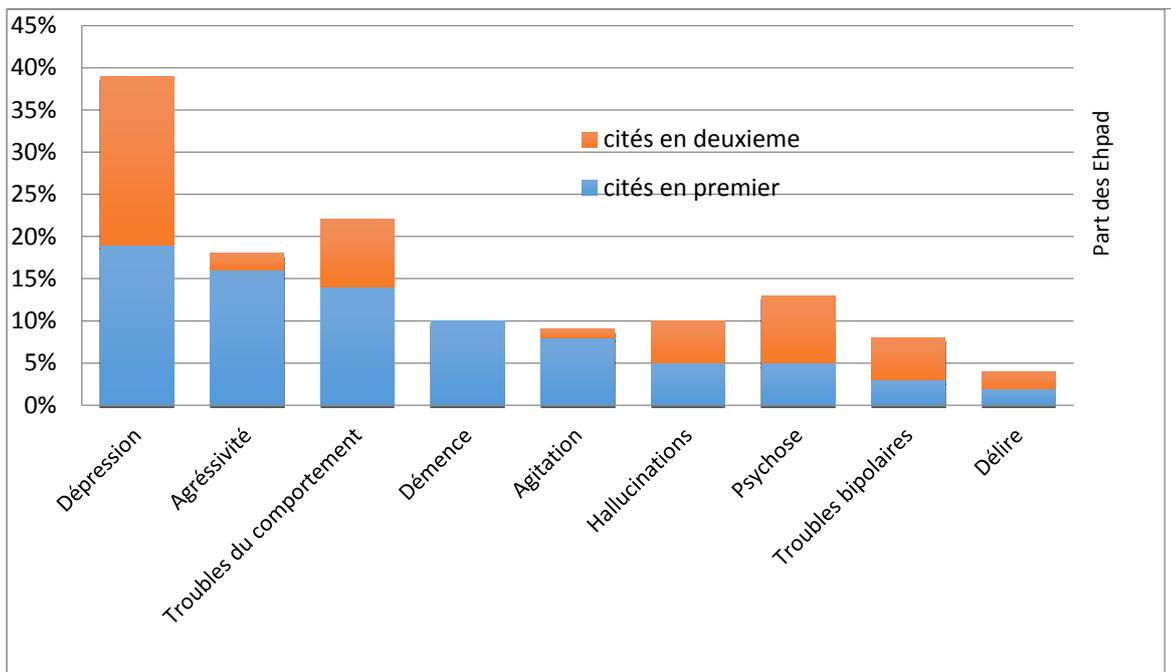
Figure 1. Répartition des Ehpad selon leur dotation en psychologues, en Equivalent Temps Plein (ETP)



Dans l'étude il avait été demandé aux médecins coordonnateurs de citer les 2 principaux problèmes psychiatriques rencontrés dans leur établissement.

Les problèmes cités le plus souvent en premier étaient **les dépressions** et les problèmes d'**agressivité**. En second, les médecins mentionnaient le plus fréquemment **la dépression** et **des troubles du comportement**. (CF figure 3)

Figure 3. Nature des troubles psychiques rencontrés chez les résidents des Ehpad d’après les médecins coordonnateurs.



On note ici une confusion dans les réponses entre troubles psychiatriques et troubles cognitifs pouvant entraîner des troubles comportementaux.

Lors de notre enquête 25 médecins coordonnateurs (sur les 107 qui ont participé) ont déclaré un cas de suicide ou de tentative de suicide dans leur EHPAD sur l’année 2012, soit 20,5% des EHPAD ayant répondu.

Il s’agissait de 4 cas de suicide et 22 cas de tentative de suicide.

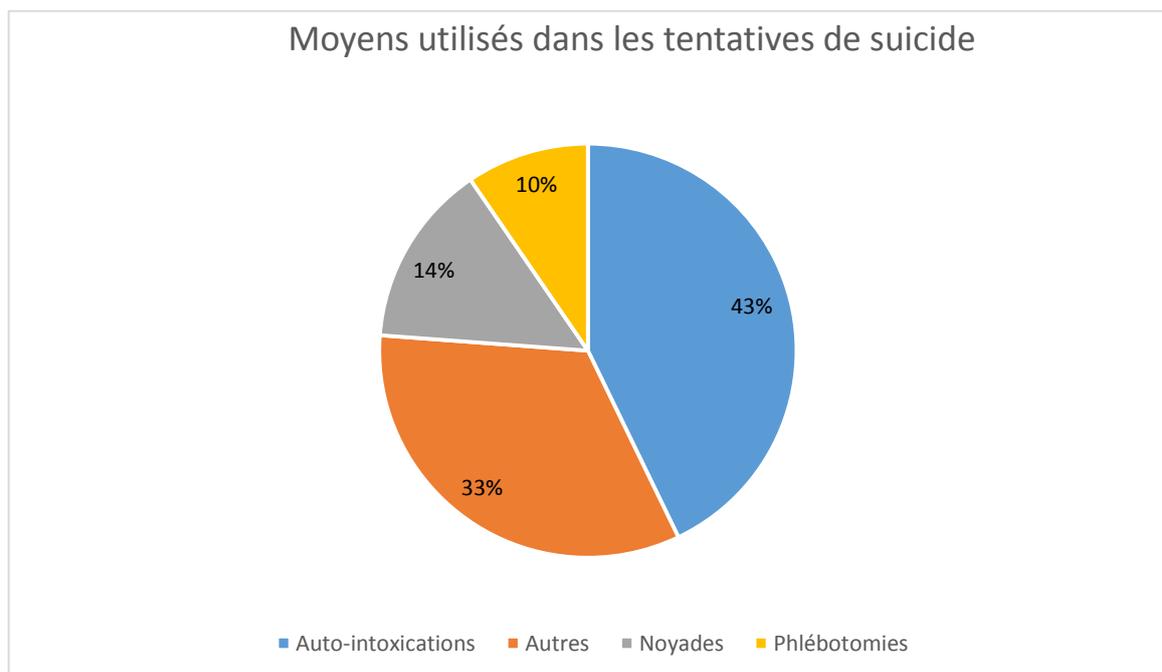
Les cas de suicide concernaient dans notre étude 2 hommes et 2 femmes, le sex-ratio était donc de 1/1.

A l'inverse **les 22 tentatives de suicide** concernaient d'avantage **les femmes** (sex-ratio homme/femme 9/13), ce qui est plus proche des données de la littérature.

L'âge médian des personnes était de 82 ans en cas de suicide et de 85 ans pour les tentatives de suicide.

Les modalités des **4 suicides** étaient pour 3 d'entre eux **la pendaison** et pour 1 cas la noyade. Les moyens connus utilisés dans **les tentatives de suicide** étaient principalement **l'auto-intoxication médicamenteuse ou la noyade**.

Figure 2. Répartition des 22 tentatives de suicide selon les moyens utilisés



Dans notre étude il n'a pas été montré d'effet de contagiosité suicidaire ou effet WERTHER. En effet un suicide ou une tentative de suicide dans l'établissement n'a pas poussé, à priori, d'autres résidents à commettre des gestes suicidaires.

Dans 19 cas, un service externe a été sollicité suite à cette tentative de suicide : les services d'urgence (10 cas sur 21) et de psychiatrie (7 sur 21) ont été les plus cités.

Dans les 2 autres cas les médecins ont répondu qu'ils avaient fait appel à un autre service sans en préciser la nature.

On peut émettre l'hypothèse que les 7 autres cas de résidents ont bénéficié d'une prise en charge au sein de l'EHPAD.

- Les résultats des entretiens libres concernant les 4 cas de suicide.

Nous avons voulu aller plus loin dans l'analyse des cas de suicide. Pour ce faire nous avons obtenu l'accord des 4 médecins coordonnateurs pour les rencontrer et préciser avec eux les situations.

- Concernant les patients :
 - Il s'agissait de 2 hommes et 2 femmes dont l'âge moyen était de 82 ans.
 - La profession antérieure exercée était hétérogène avec représentation de différentes classes sociales. Ils ont travaillé respectivement dans l'agriculture, dans la confection, ou exercé le métier d'ingénieur. La quatrième personne n'avait pas exercé d'activité salariée.
 - Statut familial : 3 patients sur les 4 étaient veuves ou veufs et une personne était célibataire.

- Concernant les antécédents psychiatriques, médicaux et addictions :

- Sur le plan psychiatrique : 3 des résidents étaient connus comme dépressifs et le dernier présentait un syndrome anxio-dépressif probable mais non repéré.
 - 3 patients sur 4 avaient déjà réalisé une tentative de suicide (pour 2 d'entre eux le geste avait eu lieu en 2011 et pour la troisième personne 10 jours et la veille de son décès)
 - 2 résidents bénéficiaient d'un traitement antidépresseur et d'un traitement anxiolytique type benzodiazepines.
 - 2 patients sur les 4 avaient un suivi par un psychologue exerçant dans la structure ou un psychiatre appartenant au réseau de soins type CMP.

- Sur le plan médical : tous ces patients avaient des maladies somatiques invalidantes.
 - Un résident était atteint d'arthrose évoluée ce qui limitait ses déplacements, et souffrait également de troubles visuels et d'une surdité invalidante.
 - Un autre présentait une insuffisance respiratoire chronique nécessitant une oxygénothérapie et avait des douleurs chroniques sur des fractures anciennes.
 - Un troisième avait une insuffisance respiratoire chronique avec une ventilation nocturne mal supportée associée à des problèmes cardiovasculaires.
 - Enfin le dernier résident sourd et diabétique souffrait également de troubles cognitifs légers.

- 2 des suicidés avaient des troubles du sommeil.

- Aucun d'entre eux n'avait d'addictions notables.
- Sur le plan social :
 - Les $\frac{3}{4}$ n'avaient jamais eu d'enfants.
 - Cependant ces personnes avaient des contacts réguliers avec des proches. (amis, voisins, neveux ou nièces).
- Sur le plan spirituel et des loisirs :
 - 1 patient avait une pratique religieuse.
 - 3 patients ne participaient jamais à des activités dans la structure ou en dehors.
- Le niveau d'autonomie pour trois d'entre eux était de 2/6 à l'ADL et de 6/6 pour le dernier résident.

La plupart d'entre eux n'avait pas de troubles cognitifs évidents.

Seul un résident avait un dysfonctionnement cognitif léger d'origine vasculaire avec un MMS à 26/30.

- Histoire du suicide
 - 3 patients sur les 4 étaient entrés dans la structure l'année précédant leur geste.

Le suicide s'est donc déroulé assez précocement par rapport à leur entrée en institution.

- Période : 3 cas de suicide ont eu lieu l'été en juillet et/ou août. Un cas a eu lieu au mois de novembre.

Ce qui correspond pour les 3/4 à la période de vacances scolaires, au moment où l'équipe médicale et para-médicale peut changer et où les proches et la famille partent en vacances.

- Il y eu 3 cas de pendaison qui ont eu lieu dans la chambre du résident.

Dans le dernier cas il s'agissait d'une noyade qui a eu lieu sur un site symbolique de la vie de cette personne

- Moment de l'acte suicidaire : la moitié des résidents concernés ont commis leur acte au moment du changement de l'équipe soignante. Tous les patients avaient élaboré un scénario précis de leur suicide ce qui fait supposer une préméditation de leur geste.
- Des facteurs potentiellement déclenchants ou favorisants ont été retrouvés pour les 4 patients comme par exemple un conflit familial ou un départ en vacances de proches.

A noter que 2 patients avaient des douleurs chroniques invalidantes exacerbant leur mal-être.

- 1 seul résident a laissé une lettre explicative quant à son geste faisant part de son désespoir et de sa volonté de disparaître.
- Globalement il existait peu de signes repérés chez la plupart des patients. En effet les patients verbalisaient peu leurs difficultés selon les dires de l'équipe soignante.

Cependant 1 patient avait fait une TS médicamenteuse 10 jours avant le geste et une tentative de phlébotomie la veille du nouveau passage à l'acte.

- Concernant les zones géographiques des EHPAD, les suicides ont eu lieu préférentiellement hors du milieu urbain.
- Concernant les moyens létaux mis à disposition 3 patients n'avaient pas accès aux traitements car ceux-ci étaient gérés par l'équipe para-médicale.
- Répercussions sur l'EHPAD

Antérieurement aux gestes, 2 EHPAD avaient établi, pour faire face à ce genre de situations douloureuses, un protocole d'urgence qui n'a pas été modifié secondairement.

A la suite de ces entretiens nous avons mis en évidence une relation parfois difficile entre le médecin coordonnateur présent dans la structure qui peut repérer des éléments du syndrome dépressif et le médecin traitant qui intervient plus ponctuellement, à la demande du patient, ainsi que de la réticence de celui-ci parfois à débiter un traitement antidépresseur ou à instaurer un suivi psychiatrique ou psychologique.

Les médecins coordonnateurs éprouvent et expriment souvent à la suite de ces évènements un sentiment d'échec et de culpabilité. Ils soulignent le manque d'équivalent temps plein de psychologue dans leur structure et le manque de formation continue pour le personnel médical et paramédical sur la gestion de la crise suicidaire.

Une difficulté est ressentie par les médecins coordonnateurs concernant le suivi psychiatrique chez le sujet âgé poly pathologique dans les services de psychiatrie ou le CMP de leur secteur.

Suite à ce geste suicidaire certains établissements ont procédé à une réorganisation pratique de la structure pour essayer d'avoir une meilleure « maîtrise » des moyens létaux. Il a été aussi organisé une fois une réunion souvenir ou un débriefing avec le personnel de l'établissement.

A noté qu'aucun médecin coordonnateur n'utilisait dans le repérage ou dans le suivi d'échelles de dépression.

Concernant ce mode de dépistage il faut rappeler que celui-ci nécessite de la part du médecin une disponibilité ainsi qu'une écoute active et attentive parfois peu aisés au sein de l'EHPAD.

Nous n'avons pas d'information sur l'utilisation ou non d'échelles de dépression par le médecin traitant.

Discussion

- Résultats de l'étude et comparaison aux données de la littérature

Nous avons obtenu dans notre étude 107 réponses sur 288 de la part des médecins coordonnateurs ce qui correspond à un pourcentage de réponse proche de nos attentes.

Il a été identifié 4 cas de suicide dont 3 par pendaison et un par noyade.

Le taux de suicide calculé sur les 107 réponses obtenues est donc dans notre étude de 44/100000 résidents. Mais nous n'avons pas d'informations sur les causes de non réponses des autres EHPAD ce qui ne permet pas de considérer ce taux comme le reflet global de la situation dans ces établissements.

Dans tous les cas les moyens utilisés étaient violents. En effet en France le moyen le plus employé dans les conduites suicidaires est la pendaison quel que soit l'âge.¹⁰

Le sex-ratio concernant les suicides était de 1, il y avait autant d'hommes que de femmes concernés. Notre effectif restreint explique en partie probablement ces résultats. La population accueillie en EHPAD est fortement féminisée ce qui peut également être une autre explication possible.

Concernant ces cas de suicide 3 patients avaient un antécédent de tentative de suicide, soit un taux élevé.

Or les antécédents de tentative de suicide chez les sujets âgés ne sont pas systématiquement retrouvés, on estime que 75% des personnes âgées décédées par suicide n'avaient jamais fait de tentative. Il existe probablement une méconnaissance du nombre de tentatives échouées chez les sujets âgés.¹

Ces 3 résidents ont commis leur geste suicidaire dans l'année suivant leur institutionnalisation, ce qui est conforme aux données de la littérature.¹⁰

Le sujet âgé est une personne qui dispose de capacités adaptatives parfois diminuées face à un évènement vécu comme traumatisant comme par exemple la maladie, la séparation ou encore un déménagement.⁴³

Du fait de la fréquence des pathologies psychiatriques et du sur-risque de suicide connu et présent dans l'année qui suit une entrée en structure d'hébergement gériatrique il y aurait un intérêt majeur à une formation spécifique accrue du personnel médical et para-médical sur la dépression, le suicide et la crise suicidaire en EHPAD avec repérage du risque, du niveau de dangerosité et du degré d'urgence du passage à l'acte.¹⁰ (échelle RUD par exemple)

Tous les résidents étaient connus comme dépressifs ou présentaient des symptômes anxio-dépressifs. La dépression est un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire connu mais pas toujours bien repéré ou analysé chez ces sujets âgés poly pathologiques.

Chez la personne âgée dépressive : il existe une somatisation fréquente, une anxiété, des troubles de l'appétit ou du sommeil qui peuvent être banalisés par l'entourage ou les soignants.²⁸

La plainte dépressive est difficile à percevoir si l'on n'a pas une vision précise du vieillissement normal.

En institution on estime que 10 à 20% des résidents seraient déprimés.³³

Dans notre étude 96% des médecins connaissaient les coordonnées de l'équipe de secteur de psychiatrie.

38% des EHPAD interrogées n'avaient pas de psychologue en termes d'équivalent temps plein dans leur structure.

Malgré la difficulté du repérage du syndrome dépressif, aucun médecin coordonnateur n'a déclaré utiliser de manière systématique les échelles de dépression dans le dépistage et le suivi des résidents.

En France la GDS (Geriatric depression scale) est l'échelle la plus usitée, elle serait plus appropriée chez le sujet âgé par rapport à l'échelle HAMILTON et MADRS.

Il existe également une grille d'évaluation nommée CSDD (cornell scale for depression in dementia) qui est utilisée pour repérer les syndromes dépressifs chez les personnes démentes ainsi qu'une échelle d'évaluation de l'humeur dans la démence de SUNDERLAND.²⁰

Tous ces moyens pourraient permettre de sensibiliser et d'uniformiser les pratiques professionnelles d'une part pour les médecins généralistes et d'autre part pour les médecins coordonnateurs.

Les médecins coordonnateurs ont déclaré également dans notre étude 22 cas de tentative de suicide.

Le moyen employé dans les tentatives était principalement représenté par les auto-intoxications médicamenteuses. Cette notion est retrouvée dans d'autres études.

Ces tentatives concernaient d'avantage les femmes ce qui est conforme aux données de la littérature.

Par ailleurs il y a toujours plus de tentatives de suicide que de suicides effectifs. Un suivi rapproché de ces tentatives de suicide est indispensable sur le plan psychologique et psychiatrique pour limiter le risque de récurrence.

Le suicide apparaît comme un recours à une souffrance morale intense mais les patients gardent en tête l'hypothèse d'existence d'autres solutions moins radicales.⁴⁴

L'accès aux médicaments doit également être contrôlé pour ces patients à risque.

A côté de ces cas décrits, les médecins doivent faire face au quotidien à différents troubles psychiques dans leur structure.

Les principaux troubles psychiatriques rencontrés par les médecins coordonnateurs étaient l'agressivité, la dépression et les troubles du comportement.

Les troubles du comportement et l'agressivité peuvent correspondre à des troubles anxieux, troubles qui sont fréquemment rencontrés en EHPAD chez les patients qui ont ou non des troubles cognitifs connus.

Les troubles anxieux sont plus fréquents chez le sujet âgé par rapport aux patients plus jeunes et occasionnent également une augmentation de la morbi-mortalité et de la dépendance.

Les deux principaux troubles rencontrés sont l'anxiété généralisée et les troubles paniques. Par ailleurs la prévalence de ces troubles mêmes en EHPAD induit une consommation importante de psychotropes.²² D'ailleurs dans notre étude 2 résidents sur les 4 qui se sont suicidés consommaient des anxiolytiques et des antidépresseurs.

En France l'enquête PAQUID a retrouvé un taux de 40% de prescription de benzodiazépines chez les patients âgés à domicile et de 66% en institution.⁴⁵

- les biais de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée après la survenue de l'évènement. Les informations ont été donc été recueillies auprès des médecins coordonnateurs en induisant un biais d'information et de mémorisation.

Nous avons étudié les cas de suicide et de tentative en EHPAD uniquement en région Nord-Pas-De-Calais. Ce qui a pour conséquence d'introduire un biais de sélection régional.

L'ensemble de l'effectif était conséquent mais pas assez exhaustif de l'ensemble des EHPAD concernées d'où une difficulté pour généraliser les données obtenues.

Le mode de recueil de données était déclaratif, il n'y avait pas de moyens de vérification.

Nous n'avons pas comparé le rapport entre taux équivalent temps plein de psychologue et risque de suicide ou de tentative au sein des EHPAD.

Nous n'avons également pas comparé le lien entre PMP et GMP de l'EHPAD et le risque de suicide et de tentative.

Par ailleurs le ratio tentative de suicide versus suicide abouti est proche de 1 chez les hommes les plus âgés.¹

Le suicide apparaît comme l'ultime recours à une souffrance morale intense mais une prévention est possible par un repérage des facteurs de risque suicidaire.⁴⁶

- Les facteurs favorisant le suicide retrouvés en EHPAD

Les facteurs favorisant ces tentatives de suicide et suicides en EHPAD s'expliquent notamment par le fait que ces patients sont généralement plus poly-pathologiques et plus dépendants que les sujets du même âge vivant au domicile.

L'existence d'un trouble dépressif à domicile favorise probablement une entrée plus précoce en EHPAD du fait de difficultés d'adaptation, de pertes d'autonomie, de délai important à la prise en charge des comorbidités somatiques.

Mais l'entrée en EHPAD elle-même en lien avec un problème somatique est source de travail de deuil difficile, de renoncement notamment à son lieu de vie antérieur.

L'acceptation d'une vie en collectivité en permanence peut également être difficile à accepter, ainsi que la confrontation à la maladie des autres résidents.

Ces adaptations compliquées favorisent pour les résidents le développement de dépression dans leur premier mois d'institutionnalisation.

La surmortalité est estimée à 10 % après 1 an chez les patients déprimés reconnus.⁴⁷

Ces éléments sont bien décrits par les médecins coordonnateurs qui mentionnent dans notre étude la dépression comme un problème psychiatrique majeur fréquemment rencontré.

Globalement dans notre étude la dépression et les troubles bipolaires représentent 50% des troubles psychiatriques rencontrés en EHPAD selon les médecins coordonnateurs. Or la dépression est un facteur de risque majeur de passage à l'acte suicidaire.²

- Le rôle du médecin traitant

En termes de prévention le médecin traitant a **un rôle clef**.¹⁶

Dans notre étude le suivi médical de 3 résidents sur 4 était assuré par le médecin traitant. Le quatrième résident bénéficiait d'un suivi par le médecin coordonnateur uniquement.

En effet les résidents en EHPAD conservent de manière habituelle un lien avec leur médecin de famille qui est prescripteur de leur traitement usuel.

Le médecin généraliste est un acteur majeur en termes de prévention secondaire après une tentative de suicide, il peut agir sur 4 niveaux :

- **Repérage précoce des éléments du syndrome dépressif**, détection du risque de l'urgence et de la dangerosité du potentiel suicidaire du patient avec évaluation des facteurs de risque et de protection de ce dernier.

Il est primordial de dépister la vulnérabilité suicidaire avec repérage de la tendance au pessimisme et au désespoir et le syndrome de démoralisation, l'existence d'un catalyseur agressif et de repérer la douleur psychique et son intensité.

Il existe des facteurs de risque primaire de suicide qui peuvent être influencés par les traitements. Il s'agit principalement des troubles psychiatriques, des antécédents de tentative de suicide.

Les facteurs secondaires eux sont présents dans l'ensemble de la population.

Il s'agit d'isolement social et des événements de vie négatifs.

Puis les facteurs tertiaires non modifiables comme l'âge et le sexe.¹¹

- **La maîtrise des moyens létaux** au domicile et en EHPAD.(PROGRAMME NATIONAL D'ACTION CONTRE LE SUICIDE 2011-2014)

- **Le rôle social** avec coordination et développement du réseau social pour le patient (médecins spécialistes, services d'urgences, secteur de psychiatrie avec CMP, connaissance de la famille et de l'étayage du patient).¹⁶

- **Assurer le suivi** régulier du patient

- *La prise en charge thérapeutique globale*

Dans notre étude seuls 2 résidents sur les 4 personnes, dépressives et décédées par suicide bénéficiaient d'un traitement antidépresseur pourtant tous présentaient rétrospectivement des éléments cliniques en faveur d'un trouble dépressif.

Il est donc important d'instaurer un traitement antidépresseur à dose efficace et pour une durée suffisante dès que l'on repère un syndrome dépressif, tout en prenant en compte les modifications pharmacologiques de ces traitements notamment l'absorption, la distribution, le métabolisme, l'élimination et le risque d'effets secondaires.⁴⁸

Les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques du médicament chez la personne âgée ne doivent pourtant pas aboutir à ce que le praticien prescrive des doses trop faibles d'antidépresseur qui seraient alors inefficaces.¹⁷

Ces traitements pharmaceutiques doivent s'accompagner d'une prise en charge globale, d'une psychothérapie adaptée aux troubles du patient et si possible dans certains cas d'un suivi spécialisé dans un service de Psycho-Gériatrie.³³

Dans notre étude seulement 2 résidents bénéficiaient d'un suivi psychiatrique ou psychologique.

Il est admis aujourd'hui que les sujets âgés doivent bénéficier des mêmes psychothérapies que les sujets plus jeunes sous réserve qu'ils n'aient pas d'importants troubles cognitifs.²¹

Les psychothérapies les mieux évaluées sont les thérapies comportementales et cognitives (TCC) notamment les TCC de groupe qui permettent au sujet d'analyser ses comportements et ses pensées et d'essayer de les modifier.

La TCC peut agir sur ces schémas inadaptés et les pensées automatiques du sujet âgé ainsi que sur ses mécanismes de défense en développant par exemple des défenses matures permettant d'intégrer les informations relatives à la réalité interne et externe de l'individu.²¹

Par ailleurs il est nécessaire de lutter contre des mécanismes de défenses régressifs chez le sujet âgé en luttant contre le phénomène d'infantilisation du sujet et en revalorisant la personne et la perception qu'elle a d'elle-même.

En dehors de cette prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique, il existe une place centrale à une revalorisation du rôle social et un maintien des interactions entre les différents individus³³ en évitant de banaliser les symptômes présentés par les personnes âgées et de croire qu'aucun changement n'est possible.

- Les programmes de prévention et de formation

Il est important de développer **la prévention** du suicide chez les personnes âgées en institution et à domicile et ceci nous renvoie d'une manière plus générale à une question éthique et à la place qu'elle occupe en tant que personne dans notre société.

Nous allons décrire plusieurs propositions applicables à l'échelle nationale comme les thérapies type rétrospective de vie, le développement des loisirs ainsi que le suivi personnalisé par téléphone ou courrier du patient et la formation du personnel en EHPAD, et, à l'échelle internationale, comme le repérage précoce des signes dépressifs et la prise en charge thérapeutique globale.^{49 et 50}

Dans la littérature des programmes de prévention ont été développés comme certaines thérapies de type rétrospective de vie active sur les troubles dépressifs, la détresse psychologique et le bien-être subjectif de personnes âgées institutionnalisées.

Développement également d'activités et de loisirs en EHPAD pour le sujet âgé. En effet les loisirs sont à la fois libérateurs, hédonistes et personnels et peuvent être source de bien-être physique mental et social.⁴⁹

Les activités permettent au sujet âgé d'assurer des fonctions d'épanouissement et de renforcer l'estime de lui-même mais aussi de maintenir des relations sociales. Il est important également de conserver dans les limites du raisonnable une activité physique.

En parallèle à ces axes il existe également des interventions appelées **Systèmes de Veille** qui proposent après une tentative de suicide un suivi régulier soit par téléphone soit par courrier complémentaire du suivi classique en consultation. En effet on propose ainsi au patient un suivi personnalisé dont le but est de réduire le risque de récurrence.

Il existe également le procédé de remise d'une carte ressource 24/24 h qui comporte le numéro d'un psychiatre disponible par téléphone dans les 6 mois qui suivent une tentative de suicide.

Enfin en France une étude a été menée dans 13 services d'urgences du Nord, les sujets ayant fait une tentative et étant passés dans un service d'urgence, étaient recontactés 1 mois ou 3 mois après la sortie, par téléphone, par un psychologue formé à cette démarche.

Si une situation urgente était détectée on proposait un entretien avec un psychiatre dans les 24h.

Le contact à un mois était pertinent car il a permis de réduire le nombre de récurrence dans l'année.⁵¹

Dans une perspective de prévention efficace il est primordial d'assurer la formation des soignants.

Le programme MOBILQUAL (mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles) est un programme de formation développé en partenariat avec la Société Française de Gérontologie dont un des outils est axé sur le repérage de la dépression et du risque suicidaire chez la personne âgée en institution.

C'est une démarche de santé publique qui vise à uniformiser les bonnes pratiques professionnelles vis-à-vis des personnes âgées.

L'objectif en est d'améliorer la qualité de vie et la qualité des soins des résidents.

Cet outil comporte DVD, poster et guide disponibles pour le personnel.¹⁰

Auquel s'ajoute également l'expérience de formation du personnel d'EHPAD à la prise en charge de la crise suicidaire réalisée par le Pr TERRA.

Ce programme est en cours d'évaluation en EHPAD sur la région Rhône-Alpes.⁵²

Au niveau local dans un hôpital de LIMEIL BREVANNES, région parisienne, une formation collégiale obligatoire est dispensée depuis 4 ans à l'ensemble du personnel par groupe de 15 sur la prévention du risque suicidaire, prévention qui dure 2 heures, animée par un psychiatre puis développement de cas cliniques par une psychologue.¹

La mise en place d'outils de suivi tel que l'Observatoire National du Suicide (décret de septembre 2013) permettra d'aider à mieux identifier les facteurs de risque et les facteurs protecteurs vis-à-vis du suicide de la personne âgée quel que soit son lieu de vie, et probablement d'avoir une meilleure vision de ce phénomène au sein des EHPAD.

Il existe également le programme MONALISA (une mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés) destiné aux sujets âgés vivants au domicile. En France, 5 millions de personnes sont effectivement seules et un quart d'entre elles ont plus de 75 ans. On parle de « Précarité relationnelle », « isolement social ». Ces propositions s'échelonnent à trois niveaux.

- Localement, des « équipes citoyennes MONALISA », composées de bénévoles, pourraient aller à la rencontre des personnes seules.

- Au niveau départemental, l'animation en réseau devrait favoriser l'émergence de nouvelles équipes dans des zones vides de toute initiative solidaire, et permettre d'atteindre des personnes très marginalisées ou recluses.
- Enfin, la création d'une association MONALISA et d'un comité national est prévue courant 2014 afin d'inscrire la mobilisation dans la durée. Ces instances seront chargées du pilotage national du projet.¹

A l'avenir il serait intéressant que ce projet s'applique également aux résidents d'EHPAD.

A l'échelle internationale CONWELL et THOMPSON (2008) proposent de soutenir la prévention du geste suicidaire de la personne âgée en renforçant le « repérage précoce des signes de dépression ».

L'essai IMPACT, d'UNUTZER portant sur 1801 patients âgés de plus de 60 ans, s'est déroulé dans 5 états des Etats-Unis. Cette étude contrôlée a reposé sur une intervention administrée par un « depression care manager » associé ou non à un suivi psychiatrique pendant une période de 12 mois utilisant des méthodes psychothérapeutiques, pharmacologiques ou de soutien psychologique. Les résultats ont montré une réduction des idéations suicidaires et une augmentation de la qualité de vie déclarée.

Une équipe australienne avait même essayé l'envoi systématique et programmé de cartes postales pendant l'année suivant le geste suicidaire. Malheureusement les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

Au Japon une autre étude a été menée de 1988 à 1998 dans la ville rurale de Matsudai et comportait un programme d'éducation à la santé, d'identification systématique de la dépression, mais également une intervention utilisant les ressources communautaires et en a souligné les bienfaits⁵³mais principalement pour les femmes.

Conclusion

- Les principaux résultats de l'étude

Dans notre étude nous avons repéré 4 cas de suicide et 22 cas de tentative de suicide durant l'année 2012 survenus pour les résidents d'EHPAD.

Le nombre de cas de suicide semble supérieur à celui qui était attendu à partir des données de mortalité du CepiDC (INSERM) ; les personnes âgées se suicident plus qu'en moyenne, y compris lorsqu'elles résident en EHPAD.

Mais il est impossible de conclure avec les résultats de notre étude car nous ignorons le taux de suicide et le nombre de tentatives dans les EHPAD qui n'ont pas répondu.

Concernant les 4 cas de suicides, le sex-ratio était inhabituel à 1/1 (mais l'échantillon est faible). Le moyen le plus employé était la pendaison ce qui est également décrit dans d'autres études en France. Contrairement aux Etats-Unis où le moyen le plus employé dans les suicides reste l'arme à feu.¹⁸

Il s'agissait pour les tentatives de suicides majoritairement de femmes. Le moyen employé était principalement l'auto-intoxication médicamenteuse, ce qui est conforme aux données de la littérature.

En effet les moyens les plus violents et donc les plus létaux sont employés par les hommes majoritairement.⁵⁴

Un tiers des structures n'avait pas d'équivalent temps plein psychologue, malgré les problèmes psychiques fréquents et repérés par notre enquête.

La Direction Générale de la Santé (DGS) a nommé le suicide comme priorité nationale, il représente en effet un coût social important, il doit faire l'objet de stratégies de prévention et d'amélioration en terme de qualité de soins. La DGS prépare actuellement un Plan Dépression.

Il est recommandé aux médecins de diminuer les prescriptions de psychotropes ce qui impose une prise en charge, médicamenteuse ou non, différente de celle la dépression, des troubles anxieux et de la crise suicidaire.

Actuellement le suicide et la tentative ne font pas l'objet d'une déclaration ou d'un signalement, ceci pourrait permettre de mieux repérer les besoins des EHPAD avec création et développement de poste de psychologue dans les structures et/ou la formation du personnel à ces problématiques.

L'observatoire du suicide créé en 2013 pourrait permettre de mieux identifier ces cas et d'avoir une action préventive efficace.

- *Les programmes régionaux de santé*

En France il existe des programmes régionaux de santé concernant le suicide avec le développement de guide ou de répertoire de personnes ou des structures destinés aux professionnels de santé (Bretagne, Pays de Loire) afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des patients à hauts risques suicidaires.

Il existe également le développement de stratégie communautaire ou de réseau avec une équipe mobile de Psycho-Gériatrie centrée sur les EHPAD comme à Lille ou en Franche-Comté.

- les traitements

L'utilisation des antidépresseurs reste encore imparfaite chez les personnes âgées au domicile ou en EHPAD. Il convient de poursuivre la formation des prescripteurs dans ce domaine.

Signalons que 30% des patients sous antidépresseurs sont non répondeurs. Et qu'il existe un délai d'action pour l'antidépresseur parfois trop long pour agir en urgence en cas de crise suicidaire. D'où l'intérêt de la recherche de nouveaux traitements et d'alternatives thérapeutiques.⁵⁵

- Le développement de traitement comme la photothérapie ou luxthérapie dans la dépression du sujet âgé pourrait devenir une alternative intéressante car il s'agit d'une stratégie thérapeutique comportant peu d'effets secondaires par rapport aux traitements conventionnels, mais n'est principalement utile que dans la dépression saisonnière.
- La sismothérapie est utile dans les formes de dépressions sévères mais d'accès difficile notamment pour les personnes âgées.
- Dans un autre domaine des avancées thérapeutiques mettraient en valeur l'efficacité de la KETAMINE.³¹

- développement possible de notre étude

Pour obtenir des résultats plus généralisables et avoir une meilleure analyse.

Nous pourrions orienter ce travail vers une étude prospective, au sein d'établissements, pour mieux analyser les problématiques spécifiques et favoriser le développement des axes de prévention par rapport aux conduites suicidaires.

Nous pourrions également comparer ces résultats avec d'autres EHPAD situées en dehors de la région Nord-Pas-De-Calais avec un recueil de données standardisé.

Il pourrait être intéressant de comparer les suicides et les tentatives en EHPAD versus au domicile.

Le rôle du médecin traitant pourrait également mieux être analysé.

Ces études permettraient d'une part d'améliorer les relations interprofessionnelles et d'autre part d'optimiser la prise en charge du résident.

- Résumé de la stratégie de prévention

La stratégie de prévention à mettre en place par le médecin traitant peut s'appuyer sur :

- **une détection précoce des éléments du syndrome dépressif** avec utilisation d'échelles adaptées comme GDS, la EDDI (échelle de dépression en institution), échelle d'idéation suicidaire de BECK. Les moyens d'évaluation de la dépression du sujet âgé doivent être valides, fiables et sensibles.^{56 et 57}

L'échelle GDS semble la plus spécifique elle comporte 30 items, il existe une version plus courte de 4 items nommés mini-GDS.

Le repérage du risque s'articule sur 3 niveaux, la dépression, les idées suicidaires et la crise suicidaire.

- Il est primordial également de manière plus générale d'identifier et de renforcer les facteurs de protection du sujet âgé. Il existe différentes catégories :

-Les facteurs de protection personnels comme le sens de l'humour et l'estime de soi

-Les facteurs de protection familiaux.

-Les facteurs de protection interpersonnels comme la capacité à appeler au secours.

-Les facteurs de protection sociétaux.

- Utilisation d'un traitement pharmacologique antidépresseur adapté pour une durée suffisante, avec association d'une **prise en charge spécialisée**. Malgré une prévalence importante des troubles anxieux chez le sujet âgé (15,9% chez les sujets âgés de 65 à 74 ans), l'ensemble des recommandations préconise une utilisation modérée des anxiolytiques en raison notamment des risques d'effets secondaires et de leur faible efficacité au long cours.

- Développement de spécialité comme la Psycho-Gériatrie

Au regard notamment des comorbidités médicales et des spécificités chroniques des troubles dépressifs de la personne âgée, cette discipline associe des connaissances somatiques et psychiatriques adaptées aux sujets âgés poly pathologiques.

Il existe en effet des difficultés de prise en charge de certaines personnes très âgées dans les services de psychiatrie conventionnelle d'où l'intérêt et le développement de cette spécialité.

- **Développement d'équipes mobiles de psychiatrie et de psychogériatrie** comme dans le Nord-Pas-De-Calais ou en Isère, destinées à intervenir en EHPAD dans le cadre de cas complexe.

Il est important également de prendre en compte **la vulnérabilité du sujet âgé** marqué par une confrontation à des pertes multiples et répétées au cours de son existence et pour lesquelles ses capacités d'adaptation sont limitées.

Rappelons que la dépendance et l'isolement sont plus importants pour les patients vivant en EHPAD.

- Il apparaît nécessaire de préserver **des contacts et un réseau social développé** chez les patients à haut risque suicidaire. En effet lors des entretiens libres nous avons mis en évidence des ruptures et conflits familiaux récents pouvant favoriser le geste.

Dans cette optique il est important de souligner la présence d'associations et la grande utilité de bénévoles formés à l'écoute et au conseil des sujets à haut risque suicidaire en maintenant un contact social en collaboration avec les services spécialisés.⁵⁸

1. Lefebvre des Noettes V. Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie [Internet]. [cité 16 mars 2014]; Disponible sur:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483014000312>
2. Terra J-L. Intervenir auprès d'une personne âgée en crise suicidaire. Prévention du suicide en EHPAD.2012
3. Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire. John Libbey Eurotext; 2001. 464 p.
4. Mascret R, Le Galudec M, Stephan F, Bleton L. Entretien d'alerte de la crise suicidaire. La revue du praticien. 2011 ; volume 61 : page 189
5. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. L'Encéphale. 2010;36(3, Supplément 1):59-64
6. Campéon A. Se suicider au grand âge: l'ultime recours à une vieillesse déchuée? Interrogations. juin 2012;(14):25-41.
7. CNSA les soins en EHPAD en 2012. Le financement de la médicalisation et le bilan des coupes pathos. octobre 2013.
8. Casadebaig F, Ruffin D, Philippe A. Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. Revue épidémiologie santé publique. 2003,51 :55-64
9. De Jaeger C, Cherin P. Les théories du vieillissement. Médecine & Longévité. décembre 2011;3(4):155-174.
10. Rigaud A-S et Gallarda T, Zajdenweber M. Prévention du suicide chez les personnes âgées. Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées. 2013
11. Courtet P. Le risque suicidaire dans la dépression récurrente. L'Encéphale. décembre 2010;36, Supplément 5:S127-S131.
12. Saïas T, Véron L, Lapierre V. Prévention du suicide de la personne âgée : la place des interventions communautaires. Pratiques Psychologiques. juin 2013;19(2):103-117.
13. Jouglà E, Peéquignot F, Le toullec A. Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. Adsp.2003 ; n°45
14. Danel T, Vilain J, Roelandt JL, Salleron J, Vaiva G, Amarie A, et al. Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. L'Encéphale. 2010;36(3, Supplément 1):39-57.

15. Vaiva G, Plancke L, Ducrocq F, Wiel E. Les appels au SAMU pour tentatives de suicide peuvent-ils être utilisés pour apprécier le nombre de tentatives dans une population. La presse médicale. Juillet-Août 2011 ; volume 40, p 770-772.
16. Recommandations courtes de la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » [Internet]. [cité 22 sept 2013]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/texcourtsuic.html>
17. AFFSAPS. Recommandations : bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux de l'adulte. 2006
18. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. Psychiatric Clinics of North America. juin 2008;31(2):333-356.
19. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. Biological Psychiatry. 1 août 2002;52(3):193-204
20. Lôi H, Gallarda T. Troubles dépressifs et personnes âgées. John Libbey Eurotext; 2000. 180 p.
21. Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques. L'Encéphale. décembre 2013;39(6):393-400.
22. Ancelin M-L, Artero S, Beluche I, Besset A, Boulenger J-P, Carrière I, et al. Le projet Esprit: une étude longitudinale en population générale des troubles psychiatriques en France chez des sujets de plus de 65 ans. L'Encéphale. août 2006;32(4, Part 4):615-621.
23. Jaulin P. Conduites addictives du sujet âgé : masque d'une dépression ou issue psychopathologique spécifique ? NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. août 2008;8(46):3-8.
24. Ferry M. « Hors d'âge », mais pas (encore) « hors d'usage ». NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. février 2013;13(73):1-3.
25. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2001;16(2):155-165.
26. Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ, Husain MM, Zisook S, Young E, et al. Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: Findings from the STAR*D trial. Journal of Affective Disorders. Janvier 2007;97(1-3):77-84.
27. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. EXecutive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. Arch Gen Psychiatry. 1 mars 2000;57(3):285-290

28. Thomas P, Hazif-Thomas C. Particularités médico-sociales de la dépression du sujet âgé : le point en 2008. NPG Neurologie.2008 ; 8, 27-33.
29. Chastang F, Blot S. les facteurs de risque du suicide. La revue du praticien.2011 ; volume 61 : page 181.
30. Belmin J, Frémont P. Revisiter la dépression gériatrique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. juin 2010;10(57):103-105.
31. Gaillard A. Douleur morale, douleur physique : mécanismes neurobiologiques et traitement. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. [cité 16 mars 2014]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000344871400016X>
32. Groulx B. Dépression et démence, ce que les cliniciens doivent savoir. La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer. Mars 2001.
33. Gallarda T, L'ho H. Dépression et personnes âgées. L'Encéphale. juin 2009;35(3):269-280
34. Puisieux F. Gériatrie. Lavoisier; 2012. 723 p.
35. Tison P, Hautekeete M. Efficacité de la restructuration cognitive sur les cognitions dépressives spécifiques à l'âge. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. mars 2007;17(1):25-32.
36. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: Suicide in older people. BMJ. 16 octobre 2004; 329(7471):895-899.
37. Sheline YI, Wang PW, Gado MH, Csernansky JG, Vannier MW. Hippocampal atrophy in recurrent major depression. Proc Natl Acad Sci USA. 30 avr 1996;93(9):3908-3913
38. Bremner JD, Vythilingham M, Vermetten E, Anderson G. Effects of glucocorticoids on declarative memory function in major depression. Society Biological Psychiatry.2004; 55,811-815.
39. Reid IC, Stewart CA. How antidepressants work New perspectives on the pathophysiology of depressive disorder. BJP. 4 janvier 2001;178(4):299-303
40. Fossati P. Électroconvulsivothérapie, utilité dans la dépression sévère du sujet de plus de 65 ans. La Presse Médicale. mars 2005;34(6):467-472.
41. Jalenques I, Galland F, Cellier Y, Legrand G. Stimulation magnétique transcrânienne répétée : efficacité et tolérance dans le traitement des dépressions chez le sujet âgé. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. septembre 2010;168(7):542-545.
42. Kuhnel M-L, Iraki IE, Tranchant M, Aspe G. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. juin 2010;10(57):111-115.

43. Charazac-Brunel M. La plainte de la personne âgée : violence et rupture transgénérationnelle. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. juin 2005;5(27):28-32
44. Mishara BL, Tousignant M. Comprendre le suicide. PUM; 2004. 179 p.
45. Frémont P, Epain V. Actualité clinique des troubles anxieux du sujet âgé. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. décembre 2005;5(30):4-9.
46. Olié E, Guillaume S, Jaussent I, Courtet P, Jollant F. Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. Journal of Affective Disorders. janvier 2010;120(1-3):226-230.
47. Fremont P, Epain V. Dépression du sujet âgé. Gérontologie pour le praticien. Paris : Masson, 2003, p 104-7
48. Khammassi N, Ben Mansour A, Abdelhedi H, Cherif O. Les effets indésirables des psychotropes chez le sujet âgé : étude rétrospective de 35 cas. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. mai 2012;170(4):251-255.
49. Joulain M, Alaphilippe D, Bailly N, Hervé C. Vieillesse, bien-être et dépression : le rôle des activités et des loisirs. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. juin 2010;10(57):106-110.
50. Maillard C, Antoine P, Billiet C. Effets de la rétrospective de vie sur la détresse psychologique et le bien-être subjectif de personnes âgées institutionnalisées – étude pilote. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. décembre 2012;22(4):151-160.
51. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. BMJ. 27 mai 2006;332(7552):1241-1245.
52. Blond J-C, Treille P-O, 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 Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. oct 2005;5(29):30-36.
53. Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2005;59(3):337-344
54. Laly F, Toulouse O, Dureau J-P, Veysseyre O, Soussy A. Le suicidé âgé: Étude rétrospective de 247 levées de corps effectuées dans un centre de consultations médico-judiciaires. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. février 2009;9(49):23-31

55. De Maricourt P, Jay T, Goncalvès P, Lôo H, Gaillard R. Effet antidépresseur de la kétamine : revue de la littérature sur l'utilisation de la kétamine dans la dépression. *L'Encéphale*. février 2014;40(1):15-23.
56. Ducher J-L, Dalery J. Corrélations entre l'échelle d'idéation suicidaire de Beck, l'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD et l'échelle Hamilton dépression. *L'Encéphale*. avril 2008;34(2):132-138.
57. Prado-Jean A, Nubukpo P, Bénissan-Tevi L, Chauvin De Vandomois L-D, Deschamps N, Clément J-P. O3-5 Mise au point et validation d'un instrument de dépistage de la dépression en institution (EDDI). *Revue Neurologique*. octobre 2009;165(10, Supplement 1):47.
58. Szanto K, Lenze EJ, Waern M, Duberstein P, Bruce ML, Epstein-Lubow G, et al. Research to Reduce the Suicide Rate Among Older Adults: Methodology Roadblocks and Promising Paradigms. *Psychiatric Services*. 1 juin 2013;64(6):586-589.

ANNEXE 1 : Questionnaire initial destiné aux médecins coordonnateurs

Chers Consoeurs et Confrères,

La dépression du sujet âgé et son risque suicidaire sont des sujets préoccupants, sur lesquels les autorités de santé ont récemment attiré l'attention (cf Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)). On sait cependant peu de choses de la dépression en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) si ce n'est qu'elle est fréquente et sous-diagnostiquée. La survenue d'un suicide ou d'une tentative de suicide dans un Ehpad est un évènement majeur et bouleversant pour tous ceux qui y vivent ou y travaillent: résidents, familles et professionnels.

Afin de mieux connaître le risque suicidaire en Ehpad, nous avons initié cette étude avec le soutien de la Fédération de recherche en santé mentale (F2RSM). Nous vous invitons à compléter le questionnaire ci-joint et à nous le renvoyer. Cela ne vous prendra que quelques minutes. Les données seront traitées de façon anonyme.

De plus, si votre établissement a connu une tentative de suicide en 2012, nous proposons de vous accompagner dans une démarche d'analyse rétrospective (« autopsie psychologique » selon les Anglo-Saxons).

En vous remerciant pour votre participation à cette importante étude régionale, nous vous prions de recevoir, Chers Consoeurs et Confrères, l'expression de nos salutations les plus cordiales.

Pr Guillaume Vaiva

Clinique de Psychiatrie – CHRU de Lille

Pr François Puisieux

Clinique de Gériatrie - CHRU de Lille

1. Ville d'implantation de votre Ehpad _____
2. Statut : public associatif autre privé autre _____
3. Nombre de places de l'établissement _____
4. En 2012, quel était le PMP de l'Ehpad _____ ?
5. En 2012, quel était le GMP de l'Ehpad _____ . _____ ?
6. Combien d'Equivalent temps plein de psychologues exercent dans l'Ehpad ? |_.____| (0 pour aucun)
7. Au sein de l'Ehpad, parmi les divers problèmes auxquels vous êtes confrontés, diriez-vous que les troubles psychiatriques sont une question
pas du tout prioritaire 0 1 2 3 4 5 tout-à-fait prioritaire
8. Quels troubles, prioritairement (les 2 premiers si plusieurs – aucun, si pas de problèmes) ?
-
-
9. Et la tentative de suicide / le suicide ?
pas du tout prioritaires 0 1 2 3 4 5 tout-à-fait prioritaires
10. En 2012, y a-t-il eu des cas de suicide ou de tentative de suicide dans l'Ehpad ? oui non
 11. - se sont suicidées (décédées) : |__| (0 pour aucun cas)
 12. - ont tenté de se suicider : |__| (0 pour aucun cas)
13. Connaissez-vous les coordonnées (adresse et/ou téléphone) de l'équipe de secteur psychiatrique (CMP ou hôpital) dont relève l'établissement ? oui non
14. En 2012, à propos de combien de personnes hébergées avez-vous eu un contact avec cette équipe de secteur psychiatrique ? |__|__| (0 pour aucun cas)

Si l'Ehpad a connu au moins un cas (tentative ou décès) en 2012, à propos de la dernière personne concernée :

15. Age ____
16. Sexe homme femme
17. Moyen employé (le plus grave, si plusieurs simultanément)
Arme à feu Précipitation Phlébotomie Auto-intoxication Submersion-noyade Autre
18. Services sollicités (plusieurs réponses possibles)
- o Urgences
 - o Psychiatrie publique
 - o Psychiatrie privée
 - o Autre. Préciser _____
19. En interne (plusieurs réponses possibles)
- o Réunion spécifique (debriefing ...)
 - o Entretien avec la famille
 - o Autre. Préciser _____
20. Acceptez-vous d'être contacté(e) à propos de ce cas, en vue d'un entretien plus approfondi oui non ? Si oui, n°
téléphone : ____ _

Commentaires libres (facultatifs) sur les points abordés dans ce questionnaire

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

N'HESITEZ PAS A VOUS RAPPROCHER DES RESPONSABLES DE L'ETUDE POUR TOUTE AIDE OU CONSEIL DONT VOUS RESSENTIRIEZ LE BESOIN SUR LES SUJETS TRAITES.

UN RESUME DES RESULTATS DE L'ENQUETE VOUS SERA TRANSMIS DES PARUTION

Renseignements concernant l'enquête

Laurent Plancke, F2RSM ☎ 03 20 44 10 34 laurent.plancke@santementale5962.fr

Marie Manechez (interne en médecine générale) manechez_etude_f2rsm@orange.fr

ANNEXE 2 Questionnaire complémentaire destiné aux médecins coordonnateurs pour les entretiens libres.

1. Concernant la patiente ou le patient précisez les items suivants:

O : oui et N : non

- Sexe M F
- Âge
- Profession antérieure
- Niveau d'études
- Date d'entrée de la patiente ou du patient

- Statut matrimonial :

- Mariée ou marié O N
- Célibataire O N
- Divorcée ou divorcé O N
- Vit dans l'établissement avec son conjoint O N
- Veuve ou veuf O N
- *Si oui précisez la date de décès du conjoint*

- Antécédents médicaux :

- Conduites suicidaires : tentative de suicide O N
- Troubles psychiatriques : O N

-Dépression

-Psychose

-Névrose

-Trouble personnalité

- Antécédents médicaux récents ou ayant décompensé récemment O N
- Si oui précisez le type de pathologie

- Précisez la liste des pathologies invalidantes pour le patient

- Autres antécédents :

- Antécédents chirurgicaux récents O N
si oui précisez:

- Antécédents familiaux psychiatriques O N
- Autres antécédents familiaux O N
Si oui précisez :

- Liste des traitements avant le geste et après pour la tentative de suicide :

Précisez l'indication de certains traitements :

- Anxiolyse
 - Sédation
 - Hypnotique
 - Anti-dépresseurs
 - Thymo-régulateurs
- Suivi par un médecin traitant O N

- Mode gestion des thérapeutiques:

- Géré par le patient seul O N
Géré par l'équipe para-médicale O N
Accès direct du patient à certains traitements O N

- Autres :

- Existence d'un suivi psychiatrique dans les 3 mois précédents et se poursuivant au moment des faits : O N
- Existence d'un suivi psychologique dans les 3 mois précédents et se poursuivant au moment des faits O N

Intoxications :

- Alcool O N
- Alcool sévère O N
- Autres O N

Sur le plan social :

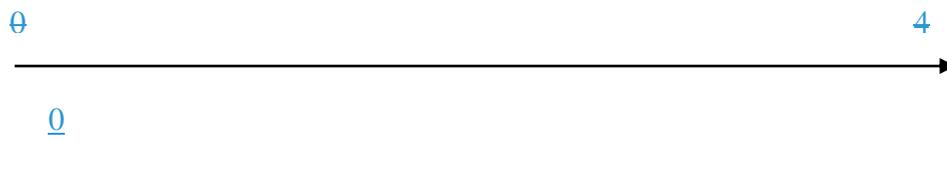
- Existence d'un étayage familial avec contacts de proches : O N
 - Plusieurs fois par semaine O N
 - Hebdomadaires O N
 - Mensuels O N
- Présence d'enfants ou petits-enfants vivants O N
- Participation à des loisirs ou activités O N
 - Dans la structure O N
 - En dehors de la structure O N
- Est ce que la personne a des convictions religieuses? O N
- Existence de mesures de protections des biens (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) O N
- Existence d'une surdité invalidante O N
- Existence d'une cécité invalidante O N

Evaluation de la dépendance et du handicap

- **ADL** de 0 à 6 :



- **IADL** de 0 à 4 :



- **Quantification du MMS récent** (0 à 30/30) c'est à dire moins de 6 mois :

- **Evaluation marche :**

- Se déplace seul (transfert et marche) avec ou sans aides techniques O N
- A besoin d'aides humaines notamment pour les transferts O N
- Confiné au lit, reste au fauteuil O N

2. Histoire de la maladie sur la tentative de suicide ou le suicide

- Date et horaire du suicide ou de la tentative de suicide
- Si il y eu plusieurs cas en 2012, merci de décrire le dernier de l'année 2012...

- Lieu
- Moyen employé O N

- Facteur favorisant identifié : institutionnalisation récente, deuil récent ou découverte d'une maladie, modification d'une thérapeutique
Ou autres précisez : O N

- Personne ayant découvert la patiente ou le patient

- La patiente ou le patient avait elle ou avait il exprimer des idées de mort ou des idées suicidaires dans les jours ou les semaines précédents
Si oui précisez: O N

- La personne as elle laissé un message écrit ou oral lors du suicide ou de la tentative ? O N

3. Mesures individuelles et collectives adoptées immédiatement et secondairement

- Prise en charge immédiate :
 - Prise en charge sur place
 - Prise en charge aux urgences
 - Hospitalisation :
 - Médecine
 - Psychiatrie

- Retentissement observé chez les autres résidents O N
Si oui précisez :

- Mesures spécifiques entreprises pour le personnel médical et paramédical

- Quel était le protocole antérieur et qu'avez vous jugez bon de modifier pour le patient ou la structure

❖ Mode de repérage d'éléments du syndrome dépressif majeur, avec utilisation échelles comme GDS ou mini GDS ou HAMILTON

❖ Conséquences pratiques sur la gestion de l'EHPAD O N

❖ Intérêt d'une formation spécifique pour le personnel de santé et participation a des échanges de pratiques O N

❖ Intervention du réseau géronto-pyschiatrique ou du CMP O N

❖ Lien habituel avec le secteur(CMP ou au réseau) O N

❖ Autres mesures mises en oeuvre (mesures préventives, groupes de parole, psychologues,...)

- Pourriez-vous me parler de la manière dont a été vécue la tentative de suicide ou le suicide?
- Souhaitez-vous parler de quelque chose que nous n'avons pas abordé
- Intérêt d'une revue de morbi-mortalité

ANNEXE 3

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)

NOM :

Prénom :

Date :

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	oui	non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	oui*	non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	oui	non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	oui*	non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	oui	non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide,	oui*	non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	oui*	non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	oui*	non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	oui*	non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	oui*	non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui*	non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	oui*	non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	oui*	non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	oui	non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	oui*	non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	oui	non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	oui*	non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	oui*	non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	oui*	non
25 - Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer?	oui*	non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	oui*	non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	oui	non*

28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	oui*	non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	oui	non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	oui	non*

Chaque réponse marquée * vaut un point.

<p style="text-align: center;">Score 0 à 5 : normal Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression</p>
--

ANNEXE 4

Tableau facteurs de risque de suicide

Acronyme **SADPERSONS**

S exe
A ge
D épression
P récedents
E thylisme
P erte Réelle
S olitude
P lan organisé
C onjoint
S ouffrance morale

ANNEXE 6

figure 1

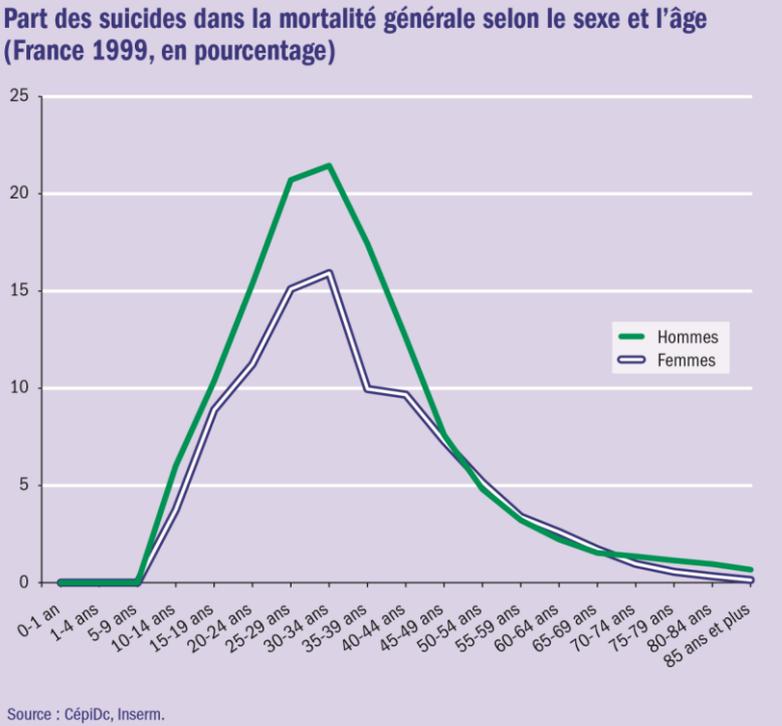
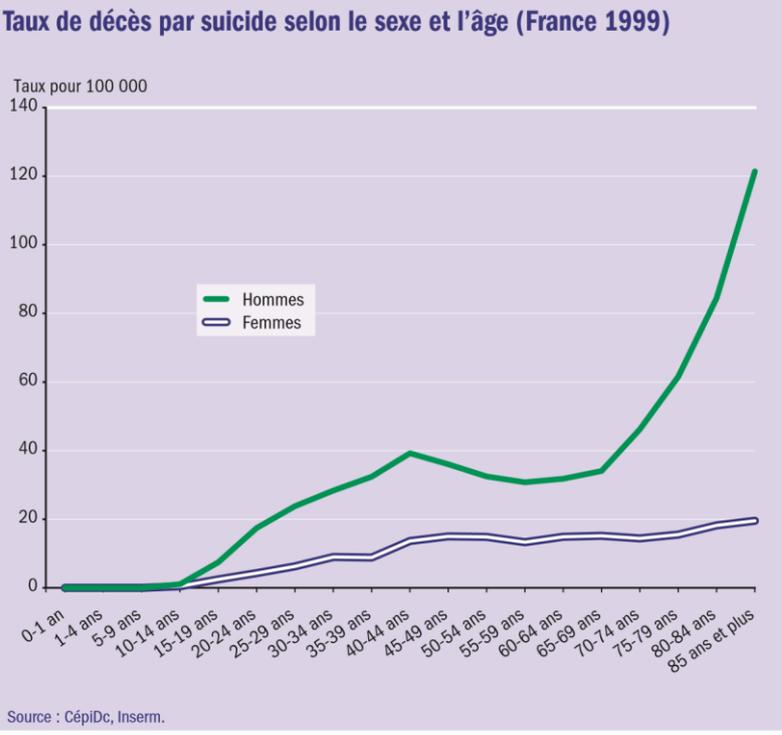


figure 2



Nom : MANECHEZ

Prénom : Marie

Date de Soutenance : 20 Mai 2014

Titre de la Thèse : Suicides et tentatives de suicide en EHPAD dans le Nord-Pas-De-Calais en 2012

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale et DESQ de Gériatrie

Mots-clés : Suicide, tentative de suicide, EHPAD, personne âgée, dépression

Résumé :

Contexte

Le suicide est un problème majeur de Santé Publique. En France, pays où le taux de suicide reste important, **10400 suicides ont été enregistrés en 2010** selon les chiffres du CepiDC-INSERM. La Région Nord-Pas-De-Calais est particulièrement exposée aux conduites suicidaires.

L'espérance de vie augmente, **1 Français sur 6 a plus de 65 ans**.

Les personnes âgées dépendantes, sont exposées également à ce risque suicidaire, un grand nombre vivent en EHPAD. Pourtant peu d'études portent sur le suicide et la tentative de suicide en EHPAD.

Méthode

Une enquête rétrospective a été menée auprès des 288 médecins coordonnateurs **du Nord-Pas-De-Calais** sur les cas de suicide et de tentatives survenus dans leurs **EHPAD en 2012**. Cette étude a été réalisée en collaboration avec **la Fédération de Recherche en Santé Mentale de Lille**.

Un questionnaire comportant une vingtaine d'items a été envoyé aux différents médecins par mail, suivi d'une relance téléphonique, puis des entretiens libres ont été proposés aux médecins qui avaient été confrontés à un cas de suicide ou de tentative dans leurs établissements. Le recueil des données s'est déroulé du 30 mai au 13 juillet 2013 et les entretiens de novembre 2013 à janvier 2014.

Résultats

Nous avons obtenu **107** réponses de médecins coordonnateurs, soit un **taux de réponse de 37%**. Ceux-ci ont déclaré avoir rencontré **4 cas de suicide** et **22 cas de tentative de suicide** durant l'année 2012. Seul un résident avait réalisé au sein de l'EHPAD, une autre tentative avant celle dont il est décédé. Le sex-ratio concernant les suicides était de 1, et le mode de suicide majoritairement utilisé était la pendaison.

3 résidents sur les 4 étaient entrés dans la structure l'année précédant leur geste.

Les tentatives de suicide concernaient un peu plus les femmes et le moyen le plus employé était l'auto-intoxication médicamenteuse. Les problèmes psychiatriques rencontrés prioritairement au sein des EHPAD par les médecins étaient **les dépressions** et les problèmes d'**agressivité** ainsi que **les troubles du comportement**. Cependant malgré un nombre important de troubles psychiques instables repérés en résidence, **38% des EHPAD n'avaient pas de psychologue** au sein de leur structure.

Conclusion

107 réponses ont été obtenues. Il y avait 4 cas de suicide dont 3 exécutés par pendaison. **3 résidents sur les 4 étaient suivis par le médecin traitant**, notre étude a mis en exergue **le rôle prépondérant** de ce dernier en termes de dépistage et de traitement de la crise suicidaire. Les médecins coordonnateurs ont déclaré également 22 cas de tentatives de suicide. Le moyen employé dans les tentatives était principalement représenté par les auto-intoxications médicamenteuses et concernaient d'avantage les femmes ce qui est conforme aux données de la littérature.

Composition du Jury :

Président : Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Professeur Guillaume VAIVA, Professeur Eric BOULANGER, Docteur Jean ROCHE, Docteur Emmanuel LECLERCQ