

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTÉ DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2024

N° 4

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Alexia HUSSON

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JANVIER 2024

Évaluation de la pratique professionnelle du pharmacien d'officine dans le repérage de la crise suicidaire du sujet âgé

JURY

Président : **Pierre BREDELOUX** - Pharmacien enseignant-chercheur (Université de Tours)

Membres : **Jacques-Alexis NKODO** - Médecin praticien hospitalier (Hôpital Bretonneau)

Cyrille LAMANDE - Pharmacien d'officine (Perpignan)

Juliette LEJEAU - Pharmacien d'officine (Rouzières de Touraine)

ANNEE : 2023 - 2024

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Mélanie BOUVIN PLEY, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAudeau, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

14 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAudeau	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITE

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBault	Gilles	IMMUNOLOGIE

35 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE

JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUE & ÉPIDÉMIOLOGIE
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL

Mathilde

Filière Officine

4 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

4 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUE & ÉPIDÉMIOLOGIE
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

1 ATER (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)

KICHOU	Hichem	CHIMIE ANALYTIQUE
--------	--------	-------------------

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 contrat d'enseignement

GERBIER (contrat	Soledad	ANGLAIS
------------------	---------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

***D'honorer** ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;*

***D'exercer**, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*

***De ne jamais oublier** ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;*

***En aucun cas**, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;*

***De ne dévoiler** à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;*

***De faire preuve** de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;*

***De coopérer** avec les autres professionnels de santé ;*

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 19 janvier 2024

L'étudiant Alexia HUSSON

*Le Doyen de la Faculté
Professeur Denys BRAND*

REMERCIEMENTS

Je remercie chaudement toutes les personnes qui m'ont aidé dans l'élaboration de cette thèse.

À mon directeur de thèse, **Monsieur le Docteur Jacques-Alexis NKODO**, pour m'avoir encadré dans la rédaction de cette thèse, pour toutes les corrections apportées et son regard d'expert qui ont permis de préciser ce travail. Merci avec tout mon respect et ma profonde gratitude.

À mon co-directeur de thèse et président de jury, **Monsieur Pierre BREDELOUX**, pour avoir accepté de présider cette thèse, de l'avoir suivie, d'avoir toujours donné son avis avec précision et d'avoir permis son écriture en acceptant sa codirection. Merci également pour toutes ces années d'enseignements. Je garde en tête vos cours magistraux toujours clairs et bien présentés. Soyez également assuré de ma plus grande reconnaissance.

À **Madame Juliette LEJEAU**, d'avoir accepté que je mette en œuvre cette étude au sein de son officine et d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci de m'avoir encadré durant mes stages de 4^{ème} et particulièrement de 6^{ème} année, avec toujours bienveillance et patience. Vous incarnez pour moi un modèle de la pratique officinale.

À **Monsieur Cyrille LAMANDE**, pour avoir accepté de faire partie de mon jury, de m'avoir embauché et de m'avoir permis de développer de nouvelles compétences du métier de pharmacien au sein de son officine.

À **toute l'équipe de la pharmacie des Tournesols**, Madame Juliette LEJEAU, Monsieur Patrice LELLOUCHE, Valérie et Noémie pour m'avoir aidé à recruter les patients.

À **mes parents, mon frère et ma sœur** de m'avoir toujours encouragé et de m'avoir apporté un soutien sans faille durant mes études.

À **Marius**, d'avoir cru en moi. Merci d'être là au quotidien et me pousser toujours plus loin.

À **ma belle-famille**, pour leur intérêt dans l'élaboration de ce projet.

À mon amie de longue date, **Amélie**, pour tous les moments et les discussions que nous avons partagées ensemble depuis le collège. Il n'y a pas deux amies comme toi, toujours bienveillante dans notre petit groupe. Tu es pour moi notre ciment.

À ma meilleure amie, **Anna**, qui possède le même humour que moi.

À **Maxime** et **Théo** représentants du Carss'oulet.

À **tous les copains de Barcelone**, sans qui l'aventure dans cette ville ne serait pas la même.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION..... 10

PARTIE 1 : CRISE SUICIDAIRE DU SUJET AGÉ..... 11

1.	SUICIDE DU SUJET AGÉ.....	11
1.1.	DÉFINITIONS.....	11
1.1.1.	Suicide	11
1.1.2.	Taux de suicide.....	11
1.1.3.	Tentative du suicide	11
1.1.4.	Mode opératoire des suicides en France	12
1.2.	ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE EN FRANCE	12
1.2.1.	Données en population générale.....	12
1.2.2.	Données chez le sujet âgé.....	13
1.3.	FACTEURS DE RISQUE CHEZ LE SUJET AGÉ	14
1.3.1.	Facteurs de risque primaires.....	14
1.3.2.	Facteurs de risque secondaires.....	15
1.3.3.	Facteurs de risque tertiaires	15
1.4.	FACTEURS PROTECTEURS CHEZ LE SUJET AGÉ	15
1.5.	CRISE SUICIDAIRE DU SUJET AGÉ.....	16
1.5.1.	Définition de la crise suicidaire	16
1.5.2.	Idées reçues sur la crise suicidaire (25)	16
2.	PRISE EN CHARGE DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGÉE.....	17
2.1.	MESURES PRÉVENTIVES.....	17
2.1.1.	Axe 1 : Réduction des facteurs de risque et de l'isolement	17
2.1.2.	Axe 2 : Augmentation des facteurs protecteurs	18
2.2.	ÉVALUATION DE LA CRISE SUICIDAIRE.....	18
2.2.1.	Repérage	18
2.2.2.	Évaluation.....	19
2.3.	PRISE EN CHARGE DU RISQUE SUICIDAIRE	19
2.3.1.	Information grand public	19
2.3.2.	Dispositifs de prise en charge des personnes âgées en souffrance psychique	20
3.	ACTEURS IMPLIQUÉS.....	21
3.1.	Famille entourage	21
3.2.	Professionnels de soins primaires et paramédicaux de proximité et travailleurs sociaux	21
3.3.	Place des médecins généralistes	21
3.4.	Réseaux d'écoute d'urgence.....	22
3.5.	Hospitalisations.....	22
4.	PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE	22

PARTIE 2 ÉTUDE : MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE REPÉRAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE EN OFFICINE 24

5.	MATÉRIEL ET MÉTHODES	24
5.1.	Type d'étude	24
5.2.	Design de l'étude	24
5.2.1.	Population.....	24
5.2.2.	Critères d'inclusion et de non-inclusion	24
5.3.	Critère de jugement.....	25
5.3.1.	Critère de jugement primaire	25
5.3.2.	Critère de jugement secondaire	25
5.4.	Outils	26
5.4.1.	Classification en niveau de risque et actions prévues	27
5.5.	Méthode d'analyse	29
6.	RÉSULTATS.....	30
6.1.	Population.....	30
6.2.	Critère de jugement.....	31
6.2.1.	Critère de jugement principal : Faisabilité du protocole en officine	31
6.2.2.	Critères de jugement secondaires :	32

6.3.	Actions mises en place en fonction du niveau de risque	35
6.4.	Suivi	35
7.	DISCUSSION	37
7.1.	Faisabilité	37
7.2.	Forces et limites de l'étude.....	38
7.3.	Perspectives	39
8.	CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE.....		43
ANNEXES		47
9.	Annexe 1 : Proposition de support papier pour le pharmacien.....	47
10.	Annexe 2 : PHQ-2 (37)	48
11.	Annexe 3 : PHQ-9 (38)	48
12.	Annexe 4 : Lettre d'information de la recherche remise aux patients	49
13.	Annexe 5 : Échelle ADL (40).....	53
14.	Annexe 6 : Échelle iADL (41).....	54
15.	Annexe 7 : Échelle MINI-C (42).....	55

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADL = Activity of Daily Living
ALD = Affection de Longue Durée
ARS = Agence Régionale de Santé
BPM = Bilan Partagé de Médication
CépiDc = Centre d'Épidémiologie des causes de Décès
CHRU = Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNIL = Commission nationale de l'informatique et des libertés
HAS = Haute Autorité de Santé
iADL = Instrumental Activities of Daily Living
ICOPE = Integrated Care for Older People
LGO = Logiciel de Gestion Officiel
MAG = Médecine Gériatrique Aigüe
MINI-C = Mini International Neuropsychiatric Interview
MONALISA = MOBilisation NAtionale contre L'Isolement Social des Agés
OMS = Organisation Mondiale de la Santé
PHQ = Patient Health Questionnaire
ROCS = Repérage et Orientation de la Crise Suicidaire
RUD = Risque, Urgence, Dangerosité
SAMU = Service d'Aide Médicale Urgente
SFGG = Société Française de Gériatrie et Gériologie

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des modes opératoires de suicide en 2010 en France métropolitaine selon le sexe (Source Inserm-Cépidc 2010).....	12
Figure 2 : Présence de pensées suicidaires en France au cours des 12 derniers mois (Inpes et Cermes 2010)(19)	13
Figure 3 : Savoir repérer les facteurs de risque suicidaire (Lefebvre des Noettes, 2014) (21).....	14
Figure 4 : QUAND RÉFÉRER AUX URGENCES un patient présentant une crise suicidaire (Revue médicale suisse Lampros Perogramvos, Ioana Chauvet, Grégoire Rubovszky 2010) (31).....	19
Figure 5 : Répartition des trente-quatre personnes interrogées dans le cadre de l'étude.....	30
Figure 6 : Répartition selon le sexe des patients ayant acceptés de réaliser l'entretien (Réalisés + Perdus de vue)	31
Figure 7 : Répartition du nombre de patients en fonction de leur âge	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Score iADL sur échantillon (n=8)	32
Tableau II : Score PHQ-9 sur échantillon (n=8).....	33
Tableau III : Dernière consultation chez médecin traitant sur échantillon (n=8).....	34
Tableau IV : Nombre d'appels ou de visites des enfants sur échantillon (n=8).....	34

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le suicide est responsable d'un décès sur 100, soit environ 700 000 personnes en 2019 (1). L'objectif fixé par l'OMS est de réduire d'un tiers le taux de mortalité par suicide d'ici 2030 (1). En France le taux de suicide reste stable depuis plusieurs années avec environ 9 000 à 10 000 cas par an (2). Le pays fait partie des pays européens les plus touchés par ce phénomène avec des particularités chez les seniors (2,3). En effet le taux de suicide des personnes âgées est plus élevé que celui de la population générale, en particulier chez les hommes. Selon le centre d'épidémiologie des causes de décès (CépiDc) le taux de décès par suicide chez les hommes de 15-24 ans est de 7,5 pour 100 000 personnes tandis que chez les hommes de plus de 74 ans il atteint 59,4 pour 100 000 (4). Ainsi, le troisième âge est la tranche d'âge la plus exposée au risque de décès par suicide. Cependant le suicide ne représente que 1% des décès totaux chez la personne âgée contre 16,2% chez le sujet jeune (4).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de prendre en compte de manière continue la souffrance psychique de la personne âgée en repérant les facteurs de risque de souffrance psychique, en identifiant l'expression et les symptômes de souffrance psychique et/ou du risque suicidaire, en gérant les situations de crise et en coordonnant les professionnels pour un accompagnement interdisciplinaire (5). Ces recommandations s'adressent à tous les professionnels de santé et du médico-social impliqués dans la prise en charge des patients, avec une centralisation par le médecin traitant (5). Des programmes de prévention du suicide ont également été mis en place pour réduire le risque de suicide ou renforcer les facteurs protecteurs (6). Plus récemment un numéro national de prévention du suicide (« 3114 ») a été mis en place et est opérationnel depuis le 1er octobre 2021 (7).

Durant la période allant du 4 janvier au 23 avril 2021 j'ai eu l'opportunité de réaliser mon stage hospitalier de 5^{ème} année de pharmacie au sein du service de médecine gériatrique aigüe (MAG) du Centre Hospitalier Régional Universitaire (C.H.R.U) de Tours. Au cours du stage, j'ai été sensibilisée à une situation clinique fréquente et récurrente parmi les motifs d'hospitalisation des patients, à savoir la tentative de suicide du sujet âgé. La fréquence des suicides plus élevée chez les sujets âgés, que dans la population générale, rend en effet ces personnes plus vulnérables en termes de décès par suicide (8). J'ai observé une lacune dans la diffusion des programmes de prévention visant à réduire le risque de suicide ou à renforcer les facteurs

protecteurs dans cette population. Dans le cadre de ma thèse en pharmacie et compte-tenu de toutes ces constatations, j'ai choisi d'explorer le rôle du pharmacien d'officine dans la stratégie de prévention du suicide, en raison de son statut de professionnel de santé de proximité. Ainsi, l'objectif de ce travail est d'évaluer la pratique professionnelle du pharmacien d'officine dans le repérage de la crise suicidaire. Dans cette optique, nous proposons une étude de faisabilité du repérage de la crise suicidaire chez les personnes âgées au sein des pharmacies d'officine. Les objectifs secondaires de cette étude seront de déterminer les prévalences de la dépression, des crises suicidaires et du risque de perte d'autonomie au sein de la population étudiée.

PARTIE 1 : CRISE SUICIDAIRE DU SUJET AGÉ

1. SUICIDE DU SUJET AGÉ

1.1. DÉFINITIONS

1.1.1. Suicide

L'OMS définit le suicide par un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère l'issue fatale. Le suicide représente une problématique de santé majeure dans de nombreux pays affectant toutes les tranches d'âge et toutes les catégories sociales, y compris les personnes âgées. Habituellement, la limite d'âge reconnue pour parler de personne âgée est 65 ans (9,10). Chaque année dans le monde, plus de 100 000 personnes âgées décèdent par suicide (11). Il est à noter que cette tranche d'âge présente des taux de suicide supérieurs à ceux des autres groupes d'âge (4).

1.1.2. Taux de suicide

Le **taux de suicide** se définit comme étant le nombre de décès résultant d'un acte délibéré accompli par un sujet qui en connaissait ou en espérait la mort (12).

1.1.3. Tentative du suicide

La **tentative de suicide**, selon l'OMS, se réfère à toute attitude suicidaire non mortelle (13). L'association psychiatrique américaine s'aligne sur cette définition en écrivant qu'il s'agit d'un comportement d'automutilation avec un aboutissement non mortel (14).

1.1.4. Mode opératoire des suicides en France

La pendaison représente le mode opératoire privilégié dans la majorité des cas de suicide, avec une fréquence de 52,5%, suivie de la prise médicamenteuses (15,3%) et de l'utilisation d'armes à feu (13,3%) (6). En ce qui concerne la prise médicamenteuse, les études s'accordent à dire et ce depuis plusieurs années, que les classes de médicaments utilisées dans les tentatives de suicides tout âge confondu sont les benzodiazépines, les antidépresseurs ainsi que les analgésiques (15,16).

En ce qui concerne les hommes, le mode de suicide le plus courant est la pendaison, suivi de l'utilisation d'arme à feu. Chez la femme la pendaison est la méthode prédominante suivie par la prise médicamenteuse. (6).

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Intoxication	766	10,1	817	29,9	1 583	15,3
Pendaison	4 383	57,6	1 043	38,2	5 426	52,5
Noyade	224	2,9	252	9,2	476	4,6
Arme à feu	1 314	17,3	63	2,3	1 377	13,3
Immolation	32	0,4	15	0,5	47	0,5
Objet tranchant	63	0,8	29	1,1	92	0,9
Saut dans le vide	347	4,6	265	9,7	612	5,9
Collision	159	2,1	60	2,2	219	2,1
Autre moyen	15	0,2	12	0,4	27	0,3
Moyen non précisé	302	4,0	172	6,3	474	4,6
Total	7 605	100,0	2 728	100,0	10 333	100,0

Figure 1 : Répartition des modes opératoires de suicide en 2010 en France métropolitaine selon le sexe (Source Inserm-Cépidc 2010)

L'observatoire national du suicide retrouve certaines disparités régionales concernant les modes opératoires de suicide : la pendaison est plus fréquente dans les régions du nord, tandis que l'utilisation d'armes à feu est plus courante dans les régions du sud. (17).

1.2. ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE EN FRANCE

1.2.1. Données en population générale

A tous les âges de la vie, les pensées suicidaires ou les tentatives de suicides concernent plus souvent les femmes que les hommes. L'expression d'idées de mort au très grand âge semble liée à la présence de psychopathologie (anxiété et dépression) (18).

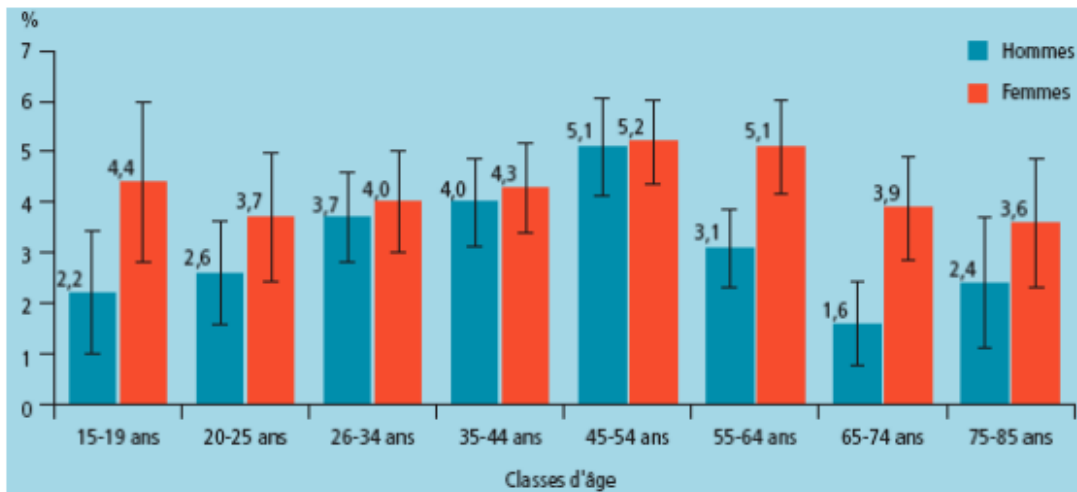


Figure 2 : Présence de pensées suicidaires en France au cours des 12 derniers mois (Inpes et Cermes 2010)(19)

Cependant, le nombre de suicide est plus élevé chez l'homme que chez la femme (17). En effet tous âges confondus les taux de décès par suicide sont respectivement de 23,1 et 6,7 pour 100 000 personnes (4).

Par ailleurs, les études indiquent que le nombre de tentatives de suicide diminue avec l'âge, tandis que le taux de décès par suicide augmente considérablement (18). En Europe occidentale, la France présente un taux de suicide parmi les plus élevés, avec une surmortalité par suicide chez les hommes âgés. Indépendamment de l'âge, un décès sur 50 est attribuable à un suicide (20).

1.2.2. Données chez le sujet âgé

Selon le CépiDc les hommes âgés de 15 à 24 ans présentent un taux de décès par suicide de 7,5 pour 100 000 personnes, tandis que chez les hommes de 75 ans ou plus, ce taux s'élève à 59,4 pour 100 000. On retrouve le même phénomène mais moins marqué chez les femmes le taux de décès par suicide s'élève à 2,5 pour 100 000 personnes chez les 15-24ans contre 11,4 pour 100 000 personnes chez les femmes de 75ans ou plus (4). On observe également que le nombre de décès par suicide augmente avec l'âge tandis que le nombre de tentatives de suicide diminue (10). Enfin, le suicide représente 1% des décès totaux chez la personne âgée tandis que chez le sujet jeune, il constitue 16,2% des décès totaux. (17).

1.3. FACTEURS DE RISQUE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Tableau 1 Savoir repérer les facteurs de risque suicidaire du sujet âgé.
Le sexe masculin
L'âge > 65 ans
Événements de vie stressants (séparations, deuils, hospitalisation, institutionnalisation...)
Troubles psychiatriques antérieurs actuels ou anciens (dépression et alcoolisme)
Les antécédents de tentatives de suicides (2/3 vont récidiver dans l'année)
Les antécédents familiaux de suicides
L'alcoolisme
Les maladies somatiques (diabète, troubles cardiaques et accident vasculaire cérébral [AVC], cancer, démences...) ou handicap sévère (AVC, aphasie, dépendance physique...)

Figure 3 : Savoir repérer les facteurs de risque suicidaire (Lefebvre des Noettes, 2014) (21)

1.3.1. Facteurs de risque primaires

Ce sont les facteurs qui ont **le plus de poids et une forte valeur d'alerte** en ce qui concerne le suicide. Ces facteurs peuvent être modifiés grâce à une prise en charge appropriée (18,22). Parmi ces facteurs, les **troubles psychiatriques** occupent la première place, englobant les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires...), les troubles de la personnalité, les troubles anxieux et les conduites addictives.

Concernant spécifiquement la dépression, 90% des tentatives de suicide du sujet âgé sont associée à un état dépressif (23). La dépression constitue, en particulier lorsqu'elle est sévère, le plus gros pourvoyeur d'idées suicidaires (8), de tentatives de suicide (21) et de suicides aboutis. Elle est très fréquente chez le sujet âgé, avec une prévalence de 10% (6) mais reste sous-diagnostiquée.

Outre les troubles psychiatriques, les **comorbidités médicales** (maladies somatiques chroniques), la perte d'autonomie, et les antécédents personnels et familiaux de suicide constituent les facteurs de risque primaires habituellement retrouvés.

1.3.2. Facteurs de risque secondaires

Ces facteurs, tels que **l'isolement**, **l'institutionnalisation**, les **changements dans le cercle familial**, le **veuvage**, la **retraite** ne sont **pas modifiables par une intervention thérapeutique** et surviennent naturellement au cours de la vie. Ils doivent être considérés en regard des facteurs de risque primaires, car ils n'ont qu'une **faible valeur prédictive** en absence de ces derniers (18,22).

1.3.3. Facteurs de risque tertiaires

Ces facteurs, tels que **l'âge**, le **sexe** et les **saisons** (automne/hiver), **ne sont pas modifiables** et ont une valeur prédictive significative uniquement lorsqu'ils sont associés à des facteurs de risque primaires et secondaires (18).

1.4. FACTEURS PROTECTEURS CHEZ LE SUJET AGÉ

Il existe un nombre limité d'études portant sur les facteurs protecteurs du suicide. Cependant, les facteurs sociaux et environnementaux ont montré une influence sur la crise suicidaire. Les recherches menées ont mis en évidence que la solidarité, l'existence de soutien familial et/ou amical et le fait d'avoir des enfants peuvent jouer un rôle protecteur. En effet, les personnes âgées qui ont la possibilité de se confier à la famille ou à des amis sont moins susceptibles de passer à l'acte suicidaire que les personnes dépourvues d'entourage.

De plus, il a été constaté que la spiritualité et la capacité intrinsèque de la personne à faire face à l'adversité, c'est-à-dire sa résilience sont également des facteurs protecteurs importants (6). Enfin l'un des facteurs protecteurs le plus évident est l'information et la formation des professionnels de santé qui s'occupent de la personne âgée.

En synthèse, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent le groupe de la population présentant le plus haut risque de décès par suicide. La dépression est le facteur de risque le plus significativement lié à la survenue d'un suicide. D'autres facteurs de risques, tels que les facteurs psychosociaux et les comorbidités médicales ont été identifiés comme étant impliqués dans la crise suicidaire. Leur prise en compte est essentielle dans le repérage et la prise en charge de la problématique suicidaire.

1.5. CRISE SUICIDAIRE DU SUJET AGÉ

1.5.1. Définition de la crise suicidaire

Avant le passage à l'acte, réussi ou non, les individus passent par une phase transitoire nommé **crise suicidaire**. Il s'agit d'un état de crise psychique d'aggravation progressive dont le risque principal est le suicide. Pendant cette période, les personnes sont confrontées à une grande souffrance psychique marquant une rupture de l'équilibre entre eux et leur environnement. Cela se traduit par une envie de suicide marquée et envahissante où les intéressés ne voient que cette solution pour mettre fin à leur souffrance. La durée de cet état de crise peut varier entre 6 et 8 semaines, il peut être temporaire et réversible avec ou sans prise en charge (10,24).

1.5.2. Idées reçues sur la crise suicidaire (25)

Afin d'améliorer la prévention du suicide il convient de dissiper les idées reçues qui lui sont associées.

La **première** idée préconçue suppose que parler des intentions suicidaires d'une personne favorise son passage à l'acte. Au contraire le dialogue permettra au professionnel de santé d'évaluer le risque de passage à l'acte et offrira à la personne en détresse l'occasion d'exprimer son mal-être et d'envisager d'autres solutions. Par ailleurs discuter des idées suicidaires à une personne qui n'en a pas n'en fera pas naître dans son esprit.

La **deuxième** idée préconçue consiste à penser qu'une personne qui parle de suicide récemment ou depuis un certain temps ne passera jamais à l'acte. Pourtant dans 80% des cas de passage à l'acte, la personne a fait part de ses intentions à son entourage dans les jours qui précèdent. De plus, 75% des personnes âgées qui commettent un suicide ont consulté leur médecin dans le mois qui précède leur décès (8). Il est donc primordial de ne jamais minimiser de telles allégations.

Une **troisième** idée préconçue estime qu'il est impossible de faire changer d'avis une personne qui a décidé de se suicider. Cette idée rejoint la première, car en réalité, permettre à une personne de verbaliser les idées suicidaires lui donne souvent la possibilité de concevoir son futur différemment. De plus, le suicide est le plus souvent une contrainte résultant de la souffrance psychique plutôt qu'un choix délibéré (26).

2. PRISE EN CHARGE DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGÉE

2.1. MESURES PRÉVENTIVES

Afin de prévenir les crises suicidaires il est recommandé d'adopter les mesures suivantes (20):

- Limiter l'accès aux modes de suicide,
- Atténuer l'isolement des personnes âgées,
- Faciliter le dépistage de la dépression de la personne âgée,
- Proposer un suivi aux personnes âgées présentant une dépression,
- Proposer un suivi systématique des personnes âgées ayant fait une tentative de suicide récente.

Dans cette perspective, il existe deux grands axes de mesures générales. Le premier consiste à **réduire les facteurs de risque et l'isolement** tandis que le second consiste à **augmenter les facteurs protecteurs**. La réduction des facteurs de risques repose principalement sur l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge de la dépression de la personne âgée, facteur de risque majoritairement associé au suicide. Le deuxième axe consiste principalement à améliorer la qualité de vie à l'évocation des facteurs protecteurs (21,27).

2.1.1. Axe 1 : Réduction des facteurs de risque et de l'isolement

Pour répondre au premier axe, un programme national appelé **MOBIQUAL** a été mis en place, sous l'égide de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). Ce programme comprend différentes thématiques visant à **améliorer les pratiques professionnelles** en mettant à disposition des outils de sensibilisation, d'aide à la pratique et de formation. Dans le cadre de sa thématique « Dépression », MOBIQUAL propose un support vidéo intitulé « EMMURÉS DU SILENCE » réalisé par Pierre SCHUMACHER. Cette vidéo vise à sensibiliser les professionnels (directeurs de service, coordinateurs, chefs de secteur) des établissements de santé ou à domicile au repérage et à la prise en charge de la dépression (21,28,29).

Un autre programme lancé en 2013 appelé **MONALISA** (**MO**bilisation **NA**tionale contre **L'**Isolement Social des **Ag**és) (20, 27) a pour objectif de **lutter contre l'isolement** de la personne âgée en favorisant le déploiement du bénévolat. Ce déploiement du bénévolat encourage les initiatives individuelles des citoyens, en développant des services favorisant le lien social mais également de favoriser l'échange des actions mises en place sur le territoire.

Malheureusement ces **dispositifs** ne sont **pas** toujours **suffisamment identifiés** et **manquent de visibilité**.

2.1.2. Axe 2 : Augmentation des facteurs protecteurs

Concernant le deuxième axe qui vise à améliorer la qualité de vie, les parlementaires ont voté en juin 2020 la **création de la 5^{ème} branche de la sécurité sociale** dont le but est de soutenir les personnes face aux dépenses liées à la perte d'autonomie. Parallèlement, de nombreuses lignes d'écoute, que nous détaillerons ultérieurement, ont été mises en place pour favoriser le bien-être des personnes.

En complément des actions de prévention visant la réduction du risque suicidaire, des formations ont été mises en place pour les professionnels de santé axées sur le repérage et l'orientation de la crise suicidaire. En effet, il est important non seulement de prévenir le risque suicidaire mais aussi de former les professionnels de santé à réagir en cas de situation à risque. Nous aborderons également ces actions plus en détails par la suite.

2.2. ÉVALUATION DE LA CRISE SUICIDAIRE

2.2.1. Repérage

La crise suicidaire peut être **difficile à identifier**. En effet, des études ont démontré que de nombreuses personnes ayant fait une tentative de suicide ont consulté un médecin généraliste voire un psychiatre dans les jours qui précèdent l'acte suicidaire, sans qu'un diagnostic ait été posé (18). De plus chez la personne âgée, les plaintes sont souvent rares et lorsqu'elles sont présentes, elles peuvent être facilement banalisées et minimisées, principalement par l'entourage lorsqu'il s'agit de dépression. Lors de la crise suicidaire, les personnes âgées peuvent présenter différents états comme un repli sur soi, un refus de s'alimenter, un refus de soin, une perte d'intérêt pour les activités, etc (18). L'état de vulnérabilité du sujet âgé est souvent associé à la dépression, aux maladies chroniques entraînant une perte d'autonomie ainsi qu'à des douleurs ou des changements d'environnement (18). L'une des premières attitudes à adopter est de prêter attention à la survenue d'une dépression et de considérer les souffrances somatiques éventuelles dans cette population.

Des échelles ont été développées pour aider les professionnels de santé à évaluer et reconnaître le risque suicidaire. Dans ce travail nous nous intéresserons particulièrement à l'échelle RUD (Risque, Urgence, Dangereusité) qui permet d'évaluer le risque suicidaire. D'autres échelles telles que celles de Beck, d'Hamilton et de Montgomery-Asberg évaluent l'intensité de la dépression chez les patients (25). Cependant, ces échelles sont difficilement utilisables en pharmacie d'officine et leurs utilité et performance sont limitées à une utilisation clinique (31).

2.2.2. Évaluation

L'échelle RUD permet d'évaluer le risque suicidaire (R), l'urgence de la menace (U) et la dangereusité du scénario suicidaire (D) (18). Le **risque** évalue les facteurs de risque primaires, secondaires et tertiaires ainsi que la présence de facteurs protecteurs. L'**urgence** évalue l'existence d'idées suicidaires, la planification du passage à l'acte (ou son absence) et l'absence d'autres alternatives. La **dangereusité** évalue la létalité des moyens de passage à l'acte et l'accessibilité facile à ces moyens. L'évaluation de ces trois critères, en association avec les symptômes, amène à classer en potentiel suicidaire RUD faible, moyen ou élevé, ce qui oriente les différentes prises en charge. Cependant, **c'est l'urgence qui déterminera l'intervention à mettre en place** (31,32).

Niveaux de risque	Symptômes	Evaluations du potentiel suicidaire R.U.D.	Actions proposées
0	Pas de détresse	–	–
1	Tristesse sans idées noires/suicidaires	R.U.D. faible	Suivi par généraliste
2	Idées noires mais pas suicidaires	R.U.D. faible	Suivi ambulatoire psychiatrique ou par généraliste
3	Idées suicidaires fluctuantes sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. faible ou moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique
4	Idées suicidaires actives sans projet, ou antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen	Suivi ambulatoire psychiatrique ou hospitalisation, selon alliance thérapeutique et engagement du patient
5	Idées suicidaires actives sans projet avec antécédents psychiatriques	R.U.D. moyen ou élevé	Hospitalisation ou soutien ambulatoire psychiatrique (soutien CTB) si engagement du patient
6	Idées suicidaires actives avec projet sans antécédents psychiatriques	R.U.D. élevé	Hospitalisation
7	Idées suicidaires actives avec projet et antécédents psychiatriques – Passage à l'acte	R.U.D. élevé	Hospitalisation

Figure 4 : QUAND RÉFÉRER AUX URGENCES un patient présentant une crise suicidaire (Revue médicale suisse Lampros Perogramvos, Ioana Chauvet, Grégoire Rubovszky 2010) (31)

2.3. PRISE EN CHARGE DU RISQUE SUICIDAIRE

2.3.1. Information grand public

À destination du grand public, il existe des numéros de soutien adaptés à chaque âge. Par exemple pour les personnes de plus de 50 ans se sentant mal ou seules, il existe un numéro ouvert 7 jours sur 7 de 15 à 20 heures, entièrement gratuit. Il existe également des numéros d'écoute psychologique par thème, à savoir la maladie d'Alzheimer, le cancer, le deuil, la maladie de Parkinson ainsi que suicide et pensées suicidaires.

Spécifiquement pour le suicide et idées associées, il existe le numéro **Suicide écoute** destiné aux personnes en souffrance psychologique ou à l'entourage. Les appels sont anonymes et gratuits, disponibles 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 (33). **Le numéro national 3114** mis en place depuis le 1^{er} octobre 2021 est également ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Il offre une écoute totalement confidentielle et gratuite aux personnes présentant des pensées suicidaires, aux aidants confrontés à une situation à risque ainsi qu'aux professionnels de santé recherchant un avis spécialisé (33,34). Il s'agit d'une ligne nationale gratuite qui fonctionne sur l'ensemble du territoire (Métropole et outre-mer).

2.3.2. Dispositifs de prise en charge des personnes âgées en souffrance psychique

Parmi les dispositifs existants, il convient de mentionner la formation ROCS (Repérage et Orientation de la Crise Suicidaire) qui est dispensée depuis 18 ans par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et délégué au niveau régional en Touraine par l'association VIES 37. De plus, le programme national d'action contre le suicide recommande « un développement des pratiques de prévention et de postvention » en cas de passage à l'acte suicidaire. Ainsi, il est important d'initier la création de protocole au sein des établissements, indiquant les démarches à suivre en cas de situation de crise suicidaire. Il est également recommandé de former les professionnels de santé à la distinction entre les idées suicidaires à risque et les évocations de la mort sans volonté de se donner la mort qui font partie d'un processus normal chez la personne âgée (26).

3. ACTEURS IMPLIQUÉS

La prise en charge de la crise suicidaire est une affaire de tous, commençant dès le moment de son identification dont l'objectif principal est d'éviter la survenue d'un geste fatal (35). Une fois la crise repérée l'orientation et donc les acteurs de la prise en charge seront différents en fonction du niveau d'urgence. On retrouvera notamment le médecin généraliste, psychiatre, médecins urgentistes, le SAMU (32)

3.1. Famille entourage

Les données épidémiologiques soulignent clairement le rôle essentiel de l'entourage et de la famille dans la prise en charge des questions liées au suicide (idées suicidaires, crise et suivi). Les personnes âgées expriment souvent de manière moins évidente leurs intentions à leur famille, et il est important de ne pas banaliser ces expressions lorsqu'elles se produisent. Malheureusement les études indiquent que les préoccupations perçues par les proches aboutissent rarement à la mise en place d'une dynamique de résolution, en raison de tabous ou de difficulté de communication (18).

3.2. Professionnels de soins primaires et paramédicaux de proximité et travailleurs sociaux

Tout comme la famille, ils sont en première ligne car ils peuvent accueillir des intentions de suicide verbalisées. Ils jouent un rôle crucial dans le désamorçage en cas de crise mais surtout dans l'orientation des personnes vers des professionnels de santé compétents (18).

3.3. Place des médecins généralistes

Les médecins généralistes jouent un rôle décisif dans le repérage et la prise en charge des crises suicidaires, ainsi que dans le diagnostic de la dépression. Cependant, le repérage des états dépressifs par ces derniers est rendu difficile en raison du manque de formation adéquate notamment (15). En effet, chez les personnes âgées, il est fréquent que des symptômes atypiques se manifestent, ce qui peut masquer les manifestations classiques de la dépression. Une fois ces symptômes repérés, l'orientation de ces patients peut s'avérer également difficile en raison de l'absence d'interlocuteurs directs identifiés dans certains établissements

hospitaliers, des délais d'attente prolongés pour les consultations ou encore du retard ou de l'absence de contre-rendu envoyé au médecin généraliste en cas de consultation avec un psychiatre. De plus, la mention d'une consultation psychiatrique suscite souvent de l'appréhension chez les patients (35).

3.4. Réseaux d'écoute d'urgence

Les réseaux d'écoute représentent l'un des premiers moyens d'intervention en matière de prévention du suicide. De nombreuses lignes téléphoniques ont été mises en place dans le but d'offrir un service d'écoute, de soutien, d'information et d'orientation. En France la stricte anonymité de ces lignes est respectée. Toutefois, leur efficacité dans la réduction du nombre de suicides n'est pas documentée, mais elles demeurent essentielles pour l'orientation des personnes à risque (36).

3.5. Hospitalisations

En cas de situation d'urgence élevée, l'hospitalisation permet la protection de la personne en l'éloignant de certains facteurs précipitants. Elle permet également une évaluation plus précise de l'état psychiatrique ainsi que la prise en charge de la psychopathologie (18).

4. PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Le pharmacien, en tant que professionnel de santé de proximité, a la capacité d'identifier des situations à risque. Bien qu'il ne remplace pas le rôle du médecin, il peut légitimement participer à l'orientation des patients vers des spécialistes. Lorsqu'un pharmacien repère une situation à risque, la première étape consiste à isoler le patient dans une salle de confidentialité, un lieu calme où une évaluation de la situation peut être réalisée. Bien que le modèle RUD n'ait pas été validé, il est recommandé comme outil d'évaluation des crises suicidaires (32). Cette échelle est peu utilisée par les pharmaciens d'officine car elle nécessite une connaissance de la vie personnelle du patient, notamment par l'évaluation des facteurs de risque qui ne sont pas forcément connus du pharmacien. Cependant, elle peut constituer un support d'évaluation intéressant pour les pharmaciens à un instant leur permettant d'apprécier l'urgence d'une situation donnée. Une fois que le pharmacien a évalué un niveau de risque, il doit prendre une décision quant à la prise en charge, **en fonction de l'urgence**. En cas de **niveau de risque**

faible, il est recommandé d'orienter la personne vers son médecin traitant tout en lui communiquant les numéros d'aide tels que le 3114. En cas de niveau de **risque moyen**, le pharmacien doit fortement conseiller une consultation chez le médecin traitant, voire proposer d'appeler ce dernier. Il est également recommandé de faire appel à une personne tierce en présence du patient. Lorsque **l'urgence est élevée** le pharmacien doit orienter le patient vers une prise en charge appropriée et appeler le service d'aide médicale urgente (SAMU). En attendant l'arrivée des secours, il peut contacter le 3114 qui pourra lui prodiguer des conseils. La présence de facteurs de risque primaires, ayant une forte valeur d'alerte, combinés à une urgence élevée devrait toujours mener à une action de la part du pharmacien d'autant plus si le moyen envisagé est accessible.

Dans le but d'aider le pharmacien dans sa pratique, il est proposé dans ce travail une aide à l'orientation par le pharmacien (*Annexe 1*), qui correspond à une synthèse de tous les éléments énumérés précédemment concernant les facteurs de risque, l'urgence et la dangerosité. Cette aide est proposée car le pharmacien dans sa formation initiale dit manquer d'outils pour venir en aide aux personnes à risque suicidaire (25). Ce document de travail s'inspirant de l'échelle RUD est composé de deux parties. La première rassemble les points pivots pour identifier une personne à risque de suicide tandis que la seconde propose une vue d'ensemble de la situation et des actions à entreprendre. Un travail similaire a été proposé dans le cadre d'une thèse à destination des médecins généralistes (32). Ce dernier a inspiré les paliers faible, moyen et élevé des facteurs de risque. Paliers qui ont volontairement été abaissés dans ce deuxième travail puisqu'en effet la recherche des facteurs de risque par un pharmacien ne peut pas être aussi longue et précise que celle réalisée par un médecin généraliste.

PARTIE 2 ÉTUDE : MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE REPÉRAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE EN OFFICINE

5. MATÉRIEL ET MÉTHODES

5.1. Type d'étude

Il s'agit d'une évaluation de la pratique professionnelle du pharmacien d'officine, menée de façon monocentrique sur une période de 3 mois, à la Pharmacie des Tournesols à Rouziers de Touraine entre le 15/03/2022 et le 15/06/2022.

5.2. Design de l'étude

5.2.1. Population

La population cible est celle des sujets âgés de plus de 65ans. Les patients ont été inclus de manière prospective, sur la base du Bilan Partagé de Médication (BPM). En effet, les patients éligibles au BPM présentent plusieurs facteurs de risque et comorbidités communs à ceux des patients avec un risque suicidaire (âge, maladies, polymédication.). Cela nous a permis de cibler cette catégorie de patients dans l'officine.

5.2.2. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude sont les suivants :

- Patients de 65 ans et plus, présentant une affection de longue durée (ALD) ou une polymédication (≥ 5 médicaments depuis au moins 6 mois).
- Patient de 75 ans et plus, présentant une polymédication (≥ 5 médicaments depuis au moins 6 mois) avec ou sans ALD.
- ET patients ayant donné leur consentement oral pour la participation à l'étude.

La maîtrise insuffisante de la langue française (absence de pratique courante) est le seul critère de non-inclusion.

Afin de mieux cibler les patients à risque et en raison de son rôle prédominant dans la survenue du suicide (8) , la dépression a été ajoutée en tant que critère de risque supplémentaire afin de

mieux cibler les patients à risque étant donné que l'entonnoir des patients restait trop large pour l'inclusion au comptoir

Sur la base de cette population cible, l'étude a inclus les personnes ayant répondu positivement à au moins une des deux premières questions du questionnaire PHQ-2 (*Patient Health Questionnaire*) (Annexe 2 (37)). En effet, en posant uniquement ces deux questions, cela permet de repérer, en cas de réponse positive à l'une ou l'autre des deux questions, les personnes pour lesquelles une évaluation plus approfondie à l'aide du **PHQ-9** (Annexe 3(38)) est indiquée.

L'échelle PHQ-2 comprend les 2 premières questions du PHQ-9, elle permet de mesurer les troubles dépressifs mais ne permet en aucun cas de mesurer la sévérité d'une situation.

L'échelle PHQ-9, sous-échelle de la version complète du *Patient Health Questionnaire* (PHQ) permet de recueillir de l'information sur la présence et l'intensité des symptômes dépressifs chez des personnes présentant un risque plus élevé. Elle se compose de 9 questions, avec un score maximal de **27 (39)**. Cette échelle à elle seule ne permet pas de poser un diagnostic, mais constitue une orientation. La 8ème question de la PHQ-9 évalue la présence d'idées suicidaire et doit donner lieu à l'évaluation du risque suicidaire (38).

Une fois l'accord de participation à l'étude obtenu oralement, une lettre d'information concernant cette recherche était remise aux patients. (Annexe 4)

5.3. Critère de jugement

5.3.1. Critère de jugement primaire

Le critère de jugement principal est la faisabilité du protocole en officine, mesurée par i) le taux d'acceptation de l'évaluation proposée, ii) le temps de passation du questionnaire, et iii) l'organisation dans l'officine.

5.3.2. Critère de jugement secondaire

Les critères de jugement secondaires sont la présence dans l'échantillon i) d'un syndrome dépressif (PHQ-9), ii) de la perte d'autonomie (ADL - *Activity of Daily Living* et iADL - *Instrumental activities of daily living*) et iii) du taux de crises suicidaires de l'échantillon.

5.4. Outils

Nous avons développé un questionnaire permettant d'identifier les facteurs associés au risque suicidaire chez les patients âgés. Le repérage des patients éligibles à une évaluation du risque suicidaire a été fait par un interrogatoire au comptoir, qui interrogeait la présence d'une affection de longue durée (ALD), le nombre de médicaments prescrits depuis au moins 6 mois, et la réalisation de la PHQ-2. Ce questionnaire de repérage était enregistré avec l'heure de début et de fin, afin de déterminer le temps de passation moyen.

Le questionnaire, après explication de ce dernier à l'équipe, a été proposé par tous les membres (pharmacien, préparateur, apprenti préparateur et étudiant en 6^{ème} année de pharmacie) lors de visites des patients à la pharmacie. L'étudiant en pharmacie était chargé de réaliser le questionnaire, et le nombre de refus était enregistré.

Les informations suivantes étaient recueillies, afin d'évaluer différents facteurs associés au risque de la crise suicidaire.

- Les données démographiques,
- Les comorbidités,
- L'isolement et les habitudes de vie,
- L'évaluation de l'autonomie grâce aux échelles ADL et iADL (*Annexe 5 et 6*)(40,41),
- Les traitements recueillis, via le logiciel de gestion officinale,
- Le suivi médical,
- La présence d'un syndrome dépressif évalué par l'échelle PHQ-9,
- Le risque suicidaire mesuré par la sous-échelle « risque suicidaire » de l'échelle MINI-C (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (*Annexe 7*)(42).

L'échelle ADL développée par Katz et al. 1970 permet d'évaluer l'autonomie d'une personne en se basant sur les **Activités de la vie quotidienne**. Elle évalue en 6 points notés 0, 0.5 ou 1 les activités de base de la vie quotidienne avec un score allant de 0 à 6. Un score à 0 indique une personne en perte d'autonomie totale, tandis qu'un score à 6 indique une personne totalement autonome.

L'échelle iADL, en français activités instrumentales de la vie quotidienne, développée par Lawton et al. 1969, évalue sur 8 points l'autonomie d'un patient dans sa capacité à utiliser

certaines outils et matériels du quotidien. L'échelle va de 0 à 8 où 0 représente une perte d'autonomie totale et 8 une autonomie totale. Il est à noter que les activités instrumentales nécessitent une préservation des fonctions cognitives et l'iADL est bien souvent atteint en premier en cas d'altération des fonctions cognitives.

L'échelle Mini-C est la sous échelle de la Mini International Neuropsychiatric Interview permettant d'évaluer le risque suicidaire à un moment donné à l'aide de 6 questions, et de le classer en 4 risques : absent, léger, modéré ou élevé.

5.4.1. Classification en niveau de risque et actions prévues

Sur la base du Mini-C, les patients étaient classés en 4 groupes distincts selon leur risque suicidaire au terme de l'évaluation : i) absence de risque suicidaire, ii) risque suicidaire léger, iii) risque suicidaire modéré, et iv) risque suicidaire élevé. Le protocole prévoyait une gradation des mesures en fonction du risque suicidaire évalué chez les patients de la manière suivante :

- Pour un risque léger, il était prévu un appel entre 10 et 15 jours puis un appel à 1 mois après l'entretien.
- Pour un risque modéré, un premier appel était effectué après 5 jours, suivi d'un second appel après 10 jours.
- Pour un risque élevé, le pharmacien responsable était systématiquement sollicité pour une stratégie de prise en charge différenciée en fonction de l'imminence d'un passage à l'acte suicidaire :
 - Risque non imminent de passage à l'acte : Appel à une personne tierce pour accompagner le patient chez son médecin traitant ou aux urgences.
 - Risque imminent de passage à l'acte : Appel du numéro d'urgence médicale (le « 15 ») avec l'assistance du 3114, numéro national de prévention du suicide.

Les appels de suivi prévoyaient d'évaluer la mise en place ou non des modalités proposées au moment de l'entretien. Ils permettaient également de faire une rapide évaluation du risque suicidaire, la situation pouvant s'être améliorée ou bien dégradée. En effet l'évaluation du risque suicidaire n'est valable qu'à un instant T elle n'écarte donc pas d'une éventuelle amélioration ou aggravation dans le temps. En cas d'aggravation c'est l'urgence de la situation qui déterminerait l'action à entreprendre selon les modalités décrites précédemment.

En outre, des actions spécifiques étaient prévues en fonction du niveau de risque et des actions de 3 conditions associées :

- La présence de troubles psychiques et neurocognitifs,
- La perte d'autonomie,
- L'environnement du patient.

Dans toutes les situations le numéro national de prévention du suicide « 3114 souffrance prévention du suicide » devait être communiqué au patient. Les appels pouvaient être effectués pour soi-même, pour un proche, pour un patient dans le but d'apporter du soutien, une aide, des informations et de soulager la détresse des personnes (34).

Pour les personnes présentant un risque ***lié aux troubles psychiques et/ou neurocognitifs***, une orientation chez le médecin était fortement recommandée. Si nécessaire, une explication du traitement était également suggérée ainsi que la proposition d'un pilulier. De même la possibilité de fractionnement des délivrances pouvait être envisagée en accord avec le patient.

Pour les personnes ayant un risque ***lié à la perte d'autonomie*** il était également nécessaire et recommandé de les orienter vers leur médecin traitant afin de rechercher une potentielle dénutrition, des chutes, ou de fragilité de la personne âgée. À son échelle, le pharmacien peut proposer des solutions visant à améliorer la marche (déambulateur, chaussures adaptées), la nutrition (compléments nutritionnels oraux, verre à anses), l'habillement (enfile-bouton, enfile-bas), et la toilette (rehausseurs de WC, chaise de douche). C'est pourquoi l'orientation chez le médecin s'avère nécessaire car certaines de ces solutions sont remboursées et certaines nécessitent même obligatoirement une ordonnance.

Enfin, médecin et pharmacien peuvent soumettre l'idée d'une **aide à domicile** (faire les courses, préparer le repas, nettoyer le logement, aider à la toilette).

Les personnes ayant un risque ***lié à l'environnement*** étaient également orientées vers le médecin généraliste. En effet, les modifications de l'environnement peuvent jouer un rôle dans la survenue d'une crise suicidaire (8). Les modifications environnementales font référence à des changements du statut matrimonial, départ en retraite, mise en institutions ou maison de retraite. Il convient également de prendre en compte dans l'environnement du patient les antécédents de tentative de suicide personnel ou d'un proche.

5.5. Méthode d'analyse

Les résultats ont été centralisés et analysés grâce au logiciel Microsoft® Excel®.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (*Commission nationale de l'informatique et des libertés*) dont le traitement informatique « Crise suicidaire du sujet âgé » est enregistré dans le registre des traitements informatiques du C.H.R.U. sous le n° 2022_029.

6. RÉSULTATS

6.1. Population

Le questionnaire a été proposé à un total de 34 patients. Douze d'entre eux n'étaient pas éligibles car ils ont obtenu un score de 0 à la PHQ-2 (réponse négative aux 2 questions). Parmi les 22 patients restants, 10 ont donné leur consentement pour participer à l'étude. Sur ces 10 patients, 8 ont réalisés le questionnaire immédiatement après l'inclusion et 2 étaient censés revenir à la pharmacie pour la passation du questionnaire, mais ne se sont jamais représentés (classés comme perdus de vue). Les 12 patients restants ont refusé de réaliser l'entretien.

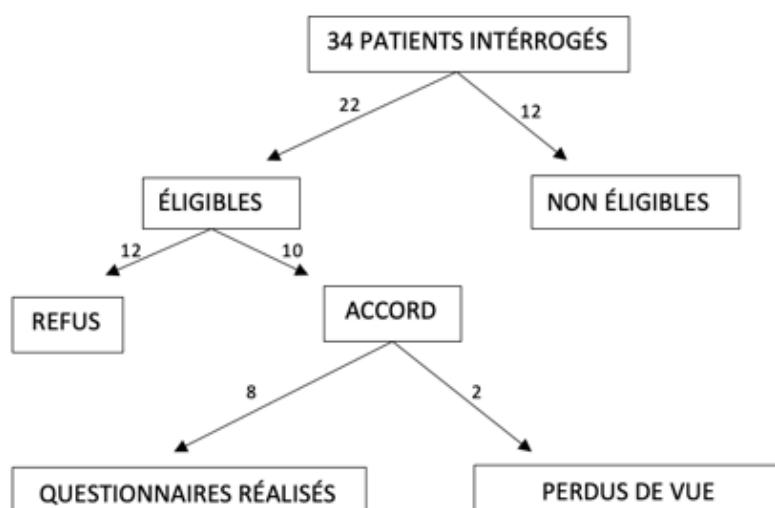


Figure 5 : Répartition des trente-quatre personnes interrogées dans le cadre de l'étude

Parmi les personnes à qui l'étude a été proposée :

- 60% (n=6) étaient des hommes et 40% (n=4) des femmes.
- L'âge minimum était de 65 ans et l'âge maximum de 87 ans. L'âge moyen des patients a qui l'étude a été proposée était de 76,4 ans (écart type = 7 ans).
 - 50% (n=5) des patients avaient entre 65 ans et 74 ans.
 - 30% (n=3) avaient entre 75 ans et 84 ans
 - 20% (n=2) avaient plus de 85 ans

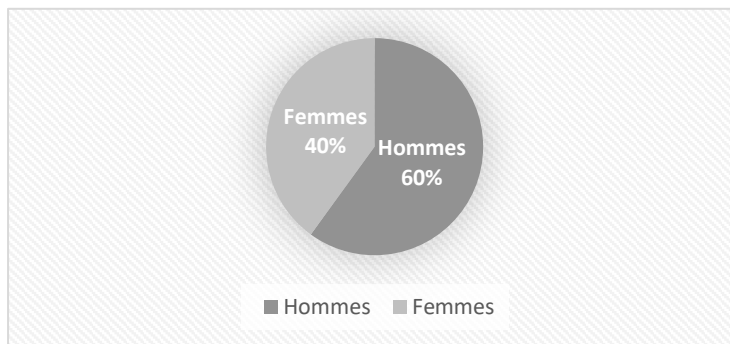


Figure 6 : Répartition selon le sexe des patients ayant acceptés de réaliser l'entretien (Réalisés + Perdus de vue)

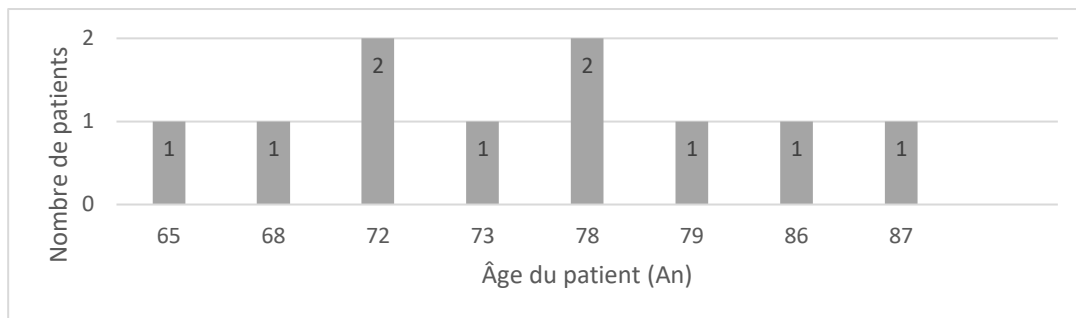


Figure 7 : Répartition du nombre de patients en fonction de leur âge

6.2. Critère de jugement

6.2.1. Critère de jugement principal : Faisabilité du protocole en officine

Dans le but de déterminer la faisabilité de notre protocole de repérage de la crise suicidaire en population âgée en officine, plusieurs critères sont pris en compte.

- i) Le taux d'acceptation de l'étude est de 45,5% (n=10 / 22 patients). Ce chiffre représente le nombre total de personnes ayant accepté de participer à l'entretien en comptant les perdus de vue.
- ii) Le temps moyen de passation de l'entretien était de **12 minutes et 5 secondes** avec un écart type de 6 minutes et 52 secondes. Le temps le plus court observé était de 5 minutes tandis que le temps le plus long était de 25 minutes.
- iii) En ce qui concerne l'**organisation au sein de l'officine**, l'entretien était proposé au comptoir, lors de la délivrance d'ordonnance ou de dispensation de conseils, à tous les patients répondant aux critères d'inclusion, qu'ils soient habitués ou non de la

pharmacie. En cas de réponse positive à au moins une des deux questions du PHQ-2, deux situations se présentaient :

- Si toute l'équipe était présente, le patient était dirigé directement dans la salle de confidentialité.
- Si l'équipe n'était pas complète, un rendez-vous différé était proposé à une date ultérieure, sauf en cas de faible activité au moment de la visite du patient.

L'équipe au complet se définit par la présence à la fois du pharmacien, de la préparatrice, de l'apprentie préparatrice et de l'étudiant en pharmacie. Cela correspondait à environ trois après-midis par semaine sur une période de trois semaines par mois.

6.2.2. Critères de jugement secondaires :

- Prévalence de la perte d'autonomie (ADL et iADL)

La totalité des patients interrogés, soit 100% (n=8), ont obtenu un score de 6 sur l'échelle ADL, correspondant au score maximal pour cette échelle. Cela indique que tous les patients interrogés avaient une autonomie préservée concernant les actes de la vie quotidienne.

En ce qui concerne l'échelle iADL, 87,5% (n=7) des patients ont obtenu un score de 8 points, tandis que 12,5% (n=1) a obtenu un score à 6 points. Cela signifie que 100% des patients avaient soit une autonomie maximale, soit une perte d'autonomie mineure concernant les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Tableau I : Score iADL sur échantillon (n=8)

Score iADL	Nombre de patients	Pourcentage
8	7	87,5%
6	1	12,5%

- Dépression (PHQ-9)

La répartition des patients selon l'échelle PHQ-9 était la suivante :

- 50% (n=4) des patients ont un score PHQ-9 inférieur ou égal à 4, soit une absence de dépression.

- 37.5% (n=3) des patients ont un score PHQ-9 compris entre 5 et 9 soit une dépression légère.
- 12.5 (n=1) patient a obtenu un score PHQ-9 de 18 soit une dépression modérément sévère.

Tableau II : Score PHQ-9 sur échantillon (n=8)

Score PHQ-9	Nombre de patients (n)	Pourcentage (%)
1	3	37,5 %
2	1	12,5 %
5	1	12,5 %
6	1	12,5 %
7	1	12,5 %
18	1	12,5 %

Parmi les patients atteints de dépression légère, un patient sur les 3 seulement bénéficiait d'un traitement par antidépresseur. Le patient évalué avec une dépression modérément sévère n'était pas traité pour une dépression, en revanche il prenait en automédication une molécule pour des troubles du sommeil. Trois personnes parmi celles souffrant de dépression légère ou modérément sévère ont également signalé avoir au moins un antécédent de dépression au cours de leur vie.

- Risque suicidaire (Mini-C)

Seule une personne a répondu positivement à la question C1 de la Mini-C ce qui indique un risque suicidaire léger. Aucun autre patient n'a été identifié comme présentant un risque suicidaire, car ils n'ont répondu positivement à aucune des 8 questions de l'échelle.

- Facteurs prédictifs et/ou protecteurs
 - Médecin traitant

Pour rappel, 75% des sujets âgés qui commettent un suicide ont consulté leur médecin dans le mois qui précède leur mort (8).

Tableau III : Dernière consultation chez médecin traitant sur échantillon (n=8)

Dernière consultation	Nombre de patient (n)	Pourcentage (%)
Dans le mois	2	25 %
Il y a 1 mois	1	12,5 %
Il y a 2 mois	3	37,5 %
Il y a 3 mois	2	25 %

Dans notre étude, tous les patients interrogés ont déclaré consulter leur médecin traitant régulièrement avec une fréquence allant de mensuelle à trimestrielle.

○ Enfants

Tableau IV : Nombre d'appels ou de visites des enfants sur échantillon (n=8)

Nombre d'appels ou de visite des enfants	Nombre de patients (n)	Pourcentage (%)
Toutes les semaines	6	75 %
Tous les mois	1	12,5 %
En rupture	1	12,5 %

○ Consommation alcool

Selon nos résultats, 85,5% (n= 7) des patients interrogés ont déclaré consommer de l'alcool de manière occasionnelle, tandis que 12,5% (n= 1) ont indiqué consommer de l'alcool à chaque repas.

○ Repas

La totalité des patients interrogés, soit 100% (n= 8) ont indiqué qu'ils prennent trois repas par jour.

- Statut matrimonial

Nous avons observé que 62,5% (n=5) étaient encore accompagnés, tandis que 37,5% (n=3) étaient veufs. Parmi les personnes veuves, deux sont des femmes et une est un homme. Ce dernier était veuf depuis un an tandis que les deux femmes ont perdu respectivement leur mari il y a 19 ans et 8 ans.

- Animaux de compagnie

Nous avons constaté que 37,5% (n=3) des patients interrogés avaient un ou plusieurs animaux de compagnie et 62,5% (n=5) n'en possédaient pas.

- Traitement

La totalité des patients interrogés, soit 100% (n= 8) s'occupaient seuls de la gestion de leur traitement. Parmi eux, 62,5% (n=5) pratiquaient l'automédication pour des symptômes tels que les maux de gorge, la toux, des douleurs ou des difficultés d'endormissement.

En ce qui concerne les prescriptions médicales, 37,5% (n=3) des patients ont reçu une prescription d'antidépresseurs et/ou de benzodiazépines de la part de leur médecin traitant.

6.3. Actions mises en place en fonction du niveau de risque

Dans le cadre de cette étude, parmi les différentes actions prévues en fonction des niveaux de risque, seule l'action liée au risque psychique a été mise en place pour un patient. Cette personne, présentant un suicidaire léger lié à son état psychique, a été orientée vers son médecin généraliste. Au cours de l'entretien il lui a également été présenté le numéro d'aide 3114 pour bénéficier d'une assistance supplémentaire.

6.4. Suivi

Selon le protocole, pour la personne présentant risque suicidaire léger, il était prévu un appel entre 10 et 15 jours après l'entretien, suivi d'un appel à 1 mois. Cette personne est revenue à la pharmacie 10 jours après l'entretien et, à cette date, elle avait pris rendez-vous avec son

médecin généraliste, son état psychique ne s'était ni amélioré ni dégradé. Lorsque la patiente est revenue à la pharmacie un mois après l'entretien, nous avons constaté que le risque suicidaire avait disparu.

7. DISCUSSION

7.1. Faisabilité

Cette étude a démontré la faisabilité du protocole d'un point de vue temporel, avec un temps de passation moyen relativement correct de 12 minutes et 5 secondes. De plus ce protocole est facilement réalisable et peut être effectué par tous les professionnels de la pharmacie.

Cependant, les résultats sur le taux d'acceptation et l'organisation au sein de l'officine doivent être nuancés. Seulement 45,5% des patients éligibles ont accepté de participer à l'étude. En interrogeant le logiciel de gestion officinal (LGO) nous avons constaté que l'étude aurait pu être proposée à une centaine de patients mais elle n'a été présentée qu'à 34 patients. Toutefois la faisabilité du protocole est à évaluer en tenant compte des limites de cette étude. Dans ce contexte, il est important de souligner que la pandémie de covid-19 a augmenté considérablement les missions confiées aux pharmaciens (tests antigéniques, vaccins). Cela a donc réduit la disponibilité des enquêteurs. La disponibilité de l'investigateur étant directement liée à l'activité de l'officine, cette crise sanitaire a créé un biais de sélection.

En ce qui concerne l'organisation, l'étude a été proposée au comptoir de la pharmacie aux patients répondant aux critères d'inclusion, qu'ils soient des clients habituels ou non de la pharmacie. En fonction de la disponibilité du patient et de l'affluence de l'officine, le patient était dirigé vers la salle de confidentialité avec l'étudiant en 6^{ème} année de pharmacie pour la réalisation du questionnaire. Dans certains cas, l'affluence de la pharmacie ne permettait pas la réalisation du questionnaire immédiatement, il était donc proposé aux patients de revenir à un autre horaire ou jour réputés moins fréquentés.

7.2. Forces et limites de l'étude

- Forces

Concernant les forces de cette étude, il s'agit à ce jour de la première à fournir des éléments en faveur de la faisabilité du repérage de la crise suicidaire en officine. Les actions de dépistage et de prévention ne sont pas suffisamment connues, et selon les échanges qui ont eu lieu au cours de cette étude, certains patients ont rapporté qu'ils craignent de déranger leur famille ou les professionnels de santé. D'autres patients ne souhaitaient simplement pas demander d'aide à de tierces personnes. Dans ce contexte, une évaluation rapide au sein de l'officine pourrait aider certains patients à devenir acteurs de leur prise en charge en les aidant à exprimer leurs difficultés.

Ces échanges, ont permis de consolider la relation pharmacien-patient, du moins d'un point de vue personnel. Le patient se sent plus en confiance et en sécurité dans l'atmosphère de l'officine, ce qui facilite l'ouverture de la communication. Le professionnel de santé quant à lui, apprend à mieux connaître le patient sur les plans personnel et médical tandis que le patient renforce sa confiance en son pharmacien. Le pharmacien est en mesure de proposer des solutions plus adaptées au patient et ce dernier sera plus ouvert aux différentes propositions que pourra apporter son pharmacien. De plus, en tant que professionnel de santé de proximité, le pharmacien est susceptible de voir plus fréquemment les patients que le médecin généraliste lors de la délivrance et le renouvellement des ordonnances. Il peut même rencontrer les patients entre les renouvellements d'ordonnance pour des demandes spontanées telles que des blessures, des difficultés d'endormissement, de la fatigue, une perte d'appétit ou des douleurs diffuses...

- Limites

Concernant les limites, il convient de noter que celle-ci a été menée dans une seule pharmacie située en milieu rural, ce qui limite la variabilité socioéconomique des profils des patients. Il serait nécessaire d'étendre le protocole à un plus grand nombre d'officines, y compris dans des zones urbaines, rurales et semi-rurales afin d'obtenir une représentativité plus large.

De plus, il est important de souligner que la durée de l'étude (3 mois) ne permet pas un recul suffisant, étant donné que le protocole prévoyait un suivi téléphonique à 1 mois pour les risques légers, ce qui a limité la période d'inclusion à seulement 2 mois.

Il convient également de noter que les participants inclus de l'étude avaient tous comme caractéristique commune leur indépendance fonctionnelle. Cependant, la perte d'autonomie est un facteur de risque associé à la problématique suicidaire chez la personne âgée, ce qui en fait un critère d'alerte important. Il est possible que des personnes à risque de suicide ne se déplacent pas à la pharmacie et fassent appel à une tierce personne. Ainsi l'étude aurait pu être proposée à ces personnes par l'intermédiaire du proche ou de la personne aidante se déplaçant à la pharmacie.

Concernant l'inclusion, nous avons fait le choix de cibler le risque suicidaire par le prisme de la dépression. Cependant, bien que représentant le facteur de risque le plus important dans la survenue de suicide (8), elle n'en est pas un facteur de risque exclusif. Il est probable que des patients à risque suicidaire liés à d'autres facteurs ne soient pas repérés par cette méthode.

De plus, la pandémie et les périodes de confinements ont eu un impact en termes de santé mentale, entraînant une augmentation du sentiment de dépression chez de nombreuses personnes. Ces événements s'ajoutent aux dépressions saisonnières associées à la diminution de la lumière du jour, qui se prolongent généralement de l'automne jusqu'au printemps.

Enfin, il convient de noter que ce protocole nécessite du temps qui n'est pas rémunéré, car il ne fait pas partie des missions spécifiques du pharmacien. Cette limitation est un élément important à prendre en compte.

7.3. Perspectives

Au vu du nombre élevé de refus observé dans cette étude, il serait nécessaire de repenser la façon dont l'évaluation est présentée, par exemple en l'intégrant à des rendez-vous pour un vaccin, une livraison à domicile, un entretien pharmaceutique ou même lors d'un BPM. En effet une évaluation du risque suicidaire pourrait être ajoutée au BPM, étant donné que malgré une durée de passation moyenne de 12 minutes et 5 secondes, de nombreuses informations recherchées sont similaires à ce dernier. De plus, dans le BPM le patient donne son consentement pour que le pharmacien communique avec le médecin traitant, les échelles PHQ-9 et MINI-C réalisées pourraient être transmises à ce dernier qui déciderait de l'orientation appropriée pour son patient. Par ailleurs, la mise en place des BPM est rémunérée en officine, ce qui constitue une motivation supplémentaire pour les pharmaciens, puisqu'elle demande de

l'organisation. L'ajout d'une évaluation du risque suicidaire aux BPM permettrait de sensibiliser davantage les pharmaciens à cette problématique, et ce dans tous les territoires.

Dans cette optique, il serait également pertinent de sensibiliser les futurs pharmaciens à cette problématique au cours de leur parcours universitaire, étant donné leur rôle en tant que professionnels de santé de proximité. Ils sont donc en mesure de repérer les patients dès les premières étapes de la crise suicidaire, lorsque les options restent ouvertes et que le suicide n'est pas encore envisagé comme la seule solution. Une formation spécifique sur les mesures à prendre destinée aux pharmaciens d'officine serait intéressante, comme le souligne une étude antérieure menée en Bretagne sur l'identification et la gestion de la crise suicidaire (25). Cette étude montre que 100% (n= 24) des pharmaciens interrogés manquent d'outils pour venir en aide aux personnes à risque suicidaire.

Enfin il serait bénéfique de développer un outil d'évaluation spécifique du risque suicidaire, axé notamment sur les personnes âgées, puisque très peu d'échelles d'évaluation du risque suicidaire sont utilisables dans ce groupe de population ET réalisable en officine. Cet outil pourrait être réalisé et conçu de manière similaire à l'évaluation du risque de perte d'autonomie par l'outil ICOPE (*Integrated Care for Older People = Soins Intégrés pour la Personne Âgée*) proposé et validé par l'OMS. Cependant, il convient de noter que l'utilisation de l'outil ICOPE en officine n'est-elle aussi pas rémunérée (43).

8. CONCLUSION

Le repérage de la crise suicidaire en population âgée en officine semble réalisable, avec un temps de passation approprié (12 minutes et 5 secondes) et une facilité de mise en place grâce à la possibilité pour tous les professionnels de l'équipe, sous responsabilité du pharmacien titulaire, de réaliser cette évaluation.

Le rôle du pharmacien d'officine dans la stratégie de prévention du suicide, en tant que professionnel de santé de proximité, semble important pour atteindre l'objectif de l'OMS de réduire d'un tiers le taux de mortalité par suicide d'ici 2030, toutes tranches d'âge confondues. En effet, un grand nombre de personnes âgées se rendent régulièrement à la pharmacie, souvent tous les mois voire tous les 3 mois, en fonction du conditionnement des médicaments. Pour certaines d'entre elles, le pharmacien est le professionnel de santé de premier recours, bien avant leur médecin traitant. De plus dans cette étude de nombreux patients ont exprimé la crainte de déranger la famille ou leur professionnel de santé ou souhaitant gérer seul les situations. Le pharmacien peut alors engager le dialogue en réalisant une évaluation du risque suicidaire afin de montrer son intérêt pour le bien-être des personnes dans sa pratique professionnelle. Dans le film « Les emmurés du silence » de Pierre Schumacher, une patiente explique que c'est grâce à sa prise en charge qu'elle retrouve une énergie mentale et une force qu'elle n'avait pas, en lui montrant qu'il est possible de vivre avec ses handicaps et de les adapter à sa vie. Étant donné son accessibilité, le pharmacien peut orienter, faire comprendre que des solutions existent et proposer des issues à court terme.

Cependant, il semble difficile d'étendre ce modèle à plus large échelle. Tout d'abord, durant ces 3 mois le taux d'acceptation au comptoir a été relativement faible. Il serait donc intéressant d'ajouter une évaluation de la crise suicidaire à des programmes déjà rémunérés existants dans les pharmacies d'officine afin que le temps consacré à cette évaluation soit valorisé. Une des principales limites de cette étude est en effet qu'elle demande de l'organisation et du temps non rémunéré. Il est également possible que la durée d'inclusion de 2 mois ait influencé le taux d'acceptation. Ce manque de robustesse soulève l'idée que le modèle pourrait être proposé tel quel, sur une plus longue durée ou bien intégré à des rendez-vous pour des vaccins, des livraisons à domicile, une prise de mesure ou d'autres interactions avec les patients, afin d'évaluer le taux de participation final.

Enfin, l'une des améliorations possibles serait de proposer la passation du questionnaire au comptoir, aux personnes dépendantes par l'intermédiaire de leurs aidants, puisque la majorité de personnes interrogées étaient indépendantes, éliminant ainsi le facteur de risque primaire perte d'autonomie pour cette étude.

En conclusion, la coordination entre professionnels de santé, comme le recommande la HAS, reste un élément clé pour une prise en charge efficace de la crise suicidaire, et c'est ce à quoi le bilan partagé de médication se prête pleinement dans la fluidité de la relation médecin généraliste - pharmacien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Suicide-OMS [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Le monde. Le Monde.fr [Internet]. 18 mai 2022 [cité 16 août 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/05/18/en-france-le-taux-de-suicide-bien-qu-en-diminution-depuis-trente-ans-reste-superieur-a-la-moyenne-des-pays-europeens_6126599_3232.html
3. Épidémiologie France Suicides – Infosuicide.org [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-suicides/>
4. Données épidémiologiques sur les décès par suicide [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/fiche1-4.pdf>
5. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 août 2022]. HAS-Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement
6. CNBD_Prevention_du_suicide_Rapport_final.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf
7. Le 3114 : un nouveau numéro national de prévention du suicide [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15206>
8. Vandel P. Risque suicidaire chez le sujet âgé et modalités de prise en charge. Eur psychiatr. nov 2013;28(S2):44-5.
9. Sujet-âgé_Le dossier de la revue La Santé en action n°443, mars 2018 [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/promouvoir-la-participation-sociale-des-personnes-agees-le-dossier-de-la-revue-la-sante-en-action-n-443-mars-2018>
10. Tentatives de suicide : Analyse pratique de l'intervention Vigilans chez les sujets âgés Camille ELLUL [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M140.pdf
11. Bower ES, Mai J. 7.12 - Suicide in Later Life. In: Asmundson GJG, éditeur. Comprehensive Clinical Psychology (Second Edition) [Internet]. Oxford: Elsevier; 2022 [cité 26 août 2022]. p. 180-97. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128186978000911>
12. theOECD [Internet]. [cité 26 août 2022]. Health status - Suicide rates - OECD Data. Disponible sur: <http://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>

<

13. WH-1994-Mar-Apr-p18-20-eng.pdf [Internet]. [cité 16 juin 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326991/WH-1994-Mar-Apr-p18-20-eng.pdf>
14. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. In: APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches [Internet]. 1^{re} éd. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2006 [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=56008>
15. [etude_des_specialites_employees_dans_les_intoxications_medicamenteuses_volontaires_au_centre_antipoison_et_de_toxicovigilance_de_nancy_de_1999_a_2008_these_du_dr_simon_michel_22_juin_2010_.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/etude_des_specialites_employees_dans_les_intoxications_medicamenteuses_volontaires_au_centre_antipoison_et_de_toxicovigilance_de_nancy_de_1999_a_2008_these_du_dr_simon_michel_22_juin_2010_.pdf) [Internet]. [cité 25 août 2023]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/etude_des_specialites_employees_dans_les_intoxications_medicamenteuses_volontaires_au_centre_antipoison_et_de_toxicovigilance_de_nancy_de_1999_a_2008_these_du_dr_simon_michel_22_juin_2010_.pdf
16. Pozo M, Mishara BL, Second-Pozo A. Les médicaments dans le suicide. fr. 2 déc 2020;16(1):37-43.
17. [rapportons2014-mel.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapportons2014-mel.pdf) [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapportons2014-mel.pdf>
18. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
19. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010.
20. [analyse_de_la_litterature_rbpp_souffrance_psychique_pa_mai_2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_de_la_litterature_rbpp_souffrance_psychique_pa_mai_2014.pdf) [Internet]. [cité 16 juin 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_de_la_litterature_rbpp_souffrance_psychique_pa_mai_2014.pdf
21. Lefebvre des Noettes V. Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. oct 2014;14(83):246-51.
22. Acteurs de l'urgence [Internet]. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://ghlh.fr/wp-content/uploads/sites/262/2021/02/ASSURE-Guide-Complet-version-compress%C3%A9e.pdf>
23. REPERER_CRISE_SUICIDAIRE.pdf.
24. [crise_suicidaire.pdf](https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/crise_suicidaire.pdf) [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/crise_suicidaire.pdf
25. Charlotte B. Identification et gestion de la crise suicidaire en pharmacie d'officine en Bretagne. Charlotte BARBÉ. :93.
26. [anesm-agees-souffrance_physique_chapitre_4.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-agees-souffrance_physique_chapitre_4.pdf) [Internet]. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-agees-souffrance_physique_chapitre_4.pdf

27. Aquino PJP, Corbin MS. BIEN VIVRE SON AVANCEE EN AGE. :32.
28. Ruault DG. Programme MOBIQUAL. :18.
29. EMMURÉS DU SILENCE [Internet]. 2013 [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://vimeo.com/78437786>
30. Fiche pratique MONALISA Avril 2013. :2.
31. Revue Medicale Suisse [Internet]. [cité 26 août 2022]. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-259/quand-referer-aux-urgences-un-patient-presentant-une-crise-suicidaire>
32. Pousset N. Évaluation d'une intervention de sensibilisation à la gestion de la crise suicidaire auprès des médecins généralistes libéraux. 2014;147.
33. <https://www.psycom.org/> [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Les lignes d'écoute - Psycom - Santé Mentale Info. Disponible sur: <https://www.psycom.org/sorienter/les-lignes-decoute/>
34. Le site du numéro national de prévention du suicide - 3114 [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://3114.fr/>
35. Charge de la crise suicidaire | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0003448703000271?token=8D1B5E16C8E1014067FE416281EA728BE22F11C49AAE05DF8188E6DB90AC451FC692DC99B1BFDD0E4F4300D2EB329641&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221026164438>
36. ÉVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL D' ACTIONS CONTRE LE SUICIDE (2011-2014).
37. DellaBella M, Schwartz SH, Nehmad L. Le PHQ-2 comme outil de dépistage de la dépression clinique dans une clinique de soins ophtalmologiques de première ligne. CJO. 15 nov 2018;80(4):17-21.
38. INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf
39. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Symptômes dépressifs | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/symptomes-depressifs>
40. adl.pdf [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: <http://www.sgca.fr/outils/adl.pdf>
41. Elsevier. Elsevier Connect. [cité 23 juill 2023]. Gériatrie. Disponible sur:

<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine-generale/geriatrie>

42. Hergueta T, Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E. Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV. 2015 août.
43. Camus-Gabriel M. Dépistage du risque de perte d'autonomie chez les patients de plus de 75 ans et de plus de 65 ans avec une ALD: étude de faisabilité de l'outil ICOPE en officine. :86.

ANNEXES

9. Annexe 1 : Proposition de support papier pour le pharmacien

R : ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE		
Facteurs de risque primaires (++)	Facteurs de risque secondaires	Facteurs de risque tertiaires
☐ Troubles psychiatriques	☐ Mise en institution récente	☐ Âge ≥ 65 ans
☐ Maladies somatiques chroniques	☐ Veuf/Veuve	☐ Sexe masculin
☐ Perte d'autonomie	☐ Retraite	
☐ Antécédents personnels et/ou familiaux de suicide	☐ Pas de cohésion familiale	

U : ÉVALUATION DE L'URGENCE		
Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
☐ Pense au suicide sans scénario précis	☐ Scénario précis mais décalé dans le temps	☐ Envie franche de passage à l'acte
☐ Cherche des solutions	☐ Pensées récurrentes	☐ Scénario précis et planifié dans les 24h-48h
		☐ Pas d'alternative autre que le suicide

D : ÉVALUATION DE LA DANGEROUSITÉ		
Dangerosité faible	Dangerosité moyenne	Dangerosité élevée
☐ Moyen de passage à l'acte non déterminé	☐ Moyen envisagé mais non accessible immédiatement	☐ Moyen déterminé et accessible immédiatement

Tableau de synthèse (Valable pour un instant T) C'est <u>l'urgence</u> qui <u>détermine</u> <u>l'intervention</u> à <u>entreprendre</u>				
	Risque (FdR)	Urgence	Dangerosité	Actions
Faible	≤ 2 FdR	☐	☐	Proposition d'orientation vers le médecin traitant (MT) + Connaissance des numéros utiles
Moyen	Entre 3 et 9 FdR	☐	☐	Orientation vivement recommandée vers le MT pour une prise en charge par un spécialiste + Proposition d'appeler le médecin pour le patient OU appel d'une personne tierce
Élevé	≥ 10 FdR	☐	☐	Prise en charge hospitalière = Appel du 15 + Possibilité d'appeler le 3114 pour avoir une aide à distance

10. Annexe 2 : PHQ-2 (37)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par l'un ou l'autre des problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
a. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	☐	☐	☐	☐
b. Se sentir démoralisé, déprimé ou désespéré	☐	☐	☐	☐

11. Annexe 3 : PHQ-9 (38)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses*	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre ¹ .	0	1	2	3

Score total : somme des scores obtenus à chaque question : _____

12. Annexe 4 : Lettre d'information de la recherche remise aux patients

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n°1 du 23/02/2022

Évaluation du repérage des idées suicidaires du sujet âgé en officine

Évaluation de la pratique professionnelle du pharmacien d'officine dans le repérage des idées suicidaires

Coordonnateur de la recherche :

HUSSON Alexia

Étudiante en 6A de pharmacie

Données à caractère personnel

Téléphone : *Données à caractère personnel*

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche intitulée repérage de la crise suicidaire du sujet âgé.

Cette recherche ne comporte aucun risque ni contrainte pour vous. Cette étude entre dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, du fait de la réutilisation de données collectées à visée d'évaluation. Le fait de participer à cette recherche ne changera donc pas votre prise en charge. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de vos données de santé pourra être mis en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

Cette évaluation s'inscrit dans le cadre d'un exercice de thèse de pharmacie qui vise à évaluer la pratique des pharmaciens d'officine dans le repérage de la crise suicidaire chez les personnes de plus de 65ans avec une ALD ou de plus de 75ans.

QUE SE PASSERA-T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données vous concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif suivant : Évaluation de la pratique professionnelle du pharmacien d'officine dans le repérage de la crise suicidaire

Vos données seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche. Pour obtenir les publications ou les résultats globaux de la recherche, vous pouvez contacter le coordonnateur de cette recherche.

Si nécessaire, ces données seront transférées à d'autres équipes du CHRU de Tours et/ou d'autres partenaires publics ou privés nationaux ou internationaux. Le CHRU de Tours transmettra ces données dans des conditions conformes aux exigences du règlement général sur la protection des données et s'assurera que les pays destinataires offrent un niveau de protection des données jugé adéquat par l'Union Européenne.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche. Votre décision n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Un fichier informatique comportant vos données va être constitué. **Toutes ces informations seront traitées et analysées de manière confidentielle.** Vos noms et prénoms ne figureront pas dans ce fichier. Seuls les professionnels de santé, personnellement en charge du suivi, auront connaissance de ces données.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 (Loi RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification des données. En application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique, vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales. Vous disposez également d'un droit de limitation ou d'opposition au traitement des données. En revanche, s'agissant d'un traitement de données nécessaire à des fins de recherche scientifique (article 17.3.d du Règlement (EU) 2016/679), le droit à l'effacement des données ne pourra pas s'appliquer.

Ces droits peuvent s'exercer auprès du coordonnateur de cette recherche.

En cas de difficulté pour l'exercice de vos droits, vous avez la possibilité de saisir le délégué à la protection des données de l'établissement ou la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité de protection des données personnelles (<https://www.cnil.fr>).

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

En application de la loi Informatique et Libertés, le traitement de vos données sera enregistré au registre interne des traitements du CHRU de Tours

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le coordonnateur de cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires.

FORMULAIRE D'OPPOSITION
A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE POUR LA RECHERCHE

Version n°1 du 23/02/2022

Repérage de la crise suicidaire du sujet âgé

Évaluation de la pratique professionnelle du pharmacien d'officine dans le repérage de la crise suicidaire

Coordonnateur de la recherche :

HUSSON Alexia

Étudiante en 6^{ème} année de pharmacie

Données à caractère personnel

Téléphone : *Données à caractère personnel*

A compléter par la personne qui se prête à la recherche uniquement en cas d'opposition

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

☐ **Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé dans le cadre de cette recherche.**

☐ **Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.**

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche.

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Après avoir complété ce document, merci de le remettre au coordonnateur de la recherche ou par mail, au DPO.

13. Annexe 5 : Échelle ADL (40)

NOM : Prénom : Date de naissance :

ECHELLE A.D.L (Aide-soignante Infirmière)	1ère évaluation <u>Date :</u> Score:	2ème évaluation <u>Date :</u> Score:	3ème évaluation <u>Date :</u> Score:
<u>HYGIENE CORPORELLE</u>			
. autonomie	1	1	1
. aide	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>HABILLAGE</u>			
. autonomie pour le choix des vêtements et l'habillement	1	1	1
. autonomie pour le choix des vêtements, l'habillement mais a besoin d'aide pour se chauffer	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
<u>ALLER AUX TOILETTES</u>			
. autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
. doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	½	½	½
. ne peut aller aux toilettes seul(e)	0	0	0
<u>LOCOMOTION</u>			
. autonomie	1	1	1
. a besoin d'aide	½	½	½
. grabataire	0	0	0
<u>CONTINENCE</u>			
. continent(e)	1	1	1
. incontinence occasionnelle	½	½	½
. incontinent(e)	0	0	0
<u>REPAS</u>			
. mange seul(e)	1	1	1
. aide pour couper la viande ou peler les fruits	½	½	½
. dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			

14. Annexe 6 : Échelle iADL (41)

Tableau 110.2 Les 14 items des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).

	Score
I. Activités courantes	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
2. Courses	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
3. Préparation des aliments	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
4. Entretien ménager	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
5. Blanchisserie	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
6. Moyens de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
7. Responsable à l'égard de son traitement	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
Total des points « Activités courantes »	.../8

15. Annexe 7 : Échelle MINI-C (42)

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5

Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON **OUI**

***RISQUE SUICIDAIRE
ACTUEL***

LEGER ☐
MOYEN ☐
ELEVE ☐

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) **ALEXIA HUSSON**

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21503880

N° Thèse : 4

Nom et Prénom : HUSSON ALEXIA

**Sujet : Évaluation de la pratique professionnelle du pharmacien d'officine dans le repérage
de la crise suicidaire du sujet âgé**

Tours, le : 19/01/2024

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

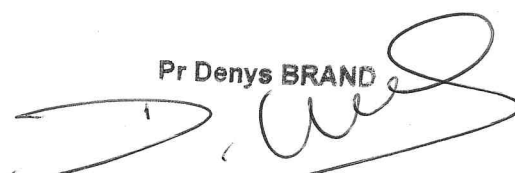

R. Deloux


J. N. O. P.

**Vu et Transmis :
Le Doyen**

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



HUSSON, Alexia	N° 4
TITRE DE LA THÈSE	
Évaluation de la pratique professionnelle du pharmacien d'officine dans le repérage de la crise suicidaire	
RÉSUMÉ DE LA THÈSE	
Selon l'OMS, le suicide est responsable d'un décès sur 100, soit environ 700 000 personnes en 2019. En France, le taux de suicide affecte particulièrement les personnes âgées chez qui le taux est plus élevé que dans la population générale. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de prendre en compte de manière continue la souffrance psychique de la personne âgée en promouvant parmi d'autres mesures la coordination des professionnels de santé et en mettant l'accent sur les actions de prévention. Le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé de proximité, représente un acteur majeur d'actions de prévention. L'objectif de ce travail est d'évaluer la pratique professionnelle du pharmacien d'officine dans le repérage de la crise suicidaire du sujet âgé. Pour cela une étude de faisabilité du repérage de la crise suicidaire chez les personnes âgées au sein des pharmacies d'officine, a été menée sur une période de 3 mois dans une pharmacie. Le critère de jugement primaire est le taux d'acceptation, le temps de passation et l'organisation dans l'officine. Cette étude a démontré la faisabilité du protocole en termes de temps, avec un temps moyen de passation de 12 minutes et 5 secondes, considéré comme raisonnable. Cependant, seulement 45,5% des patients éligibles ont accepté de participer à l'étude, mettant en lumière les obstacles potentiels à la mise en œuvre de telles évaluations. Malgré ce problème, le repérage de la crise suicidaire chez les personnes âgées en pharmacie d'officine semble réalisable. Il serait intéressant d'intégrer l'évaluation de la crise suicidaire dans des programmes déjà existants rémunérés dans les pharmacies d'officine, de manière à valoriser le temps consacré à cette tâche. En outre, la coordination entre professionnels de santé, comme le recommande la HAS, demeure un élément clé pour une prise en charge efficace de la crise suicidaire chez les personnes âgées.	
MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY	
Crise suicidaire, personnes âgées, repérage, pharmacie d'officine, faisabilité.	
JURY	
PRÉSIDENT : BREDELOUX Pierre - Pharmacien enseignant-chercheur (Université de Tours)	
MEMBRES :	
- NKODO Jacques-Alexis – Médecin praticien hospitalier (Hôpital Bretonneau) - LAMANDE Cyrille – Pharmacien d'officine (Perpignan) - LEJEAU Juliette – Pharmacien d'officine (Rouziers de Touraine)	
DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : Vendredi 19 janvier 2024 à la faculté de Pharmacie (Tours)	