



**HAL**  
open science

## Alcool et crise suicidaire du sujet âgé

P. Menecier, A. Sagne

► **To cite this version:**

P. Menecier, A. Sagne. Alcool et crise suicidaire du sujet âgé. NPG: Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2020, 10.1016/j.npg.2020.05.003 . hal-02887130

**HAL Id: hal-02887130**

**<https://hal.science/hal-02887130>**

Submitted on 15 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## **ALCOOL ET CRISE SUICIDAIRE DU SUJET AGE**

### **ALCOHOL AND SUICIDAL CRISIS AMONG THE ELDERLY**

*Pascal Menecier,*

Praticien Hospitalier, Unité d'Addictologie et Consultation Mémoire,  
CH les Chanoux, Bd Louis Escande, 71018 Mâcon cedex  
& Docteur en psychologie, Université Lyon 2, Équipe de recherche DIPHE  
pamenecier@ch-macon.fr

*Alain Sagne,*

Psychologue clinicien, Docteur en Psychologie et psychopathologie clinique,  
MCF équipe de recherche DIPHE, psychothérapeute  
alainsagne@me.fr

## **Résumé**

La crise suicidaire prend des aspects différents dans la vieillesse, avec moins de tentatives et plus de suicides accomplis. Les consommations d'alcool diminuent en quantité avec l'âge et la part d'abstinent s'accroît sans que le mésusage disparaisse.

La consommation d'alcool a des effets négatifs sur la crise suicidaire : entre effets désinhibiteurs d'alcoolisations au moment du passage à l'acte suicidaire (augmentant l'impulsivité et la gravité des tentatives de suicide), ou rôle des conséquences dysthymiques et psychosociales du mésusage d'alcool qui majorent le risque suicidaire.

Repérer puis traiter les dépressions et les troubles de l'usage d'alcool participe à la prévention du suicide du sujet âgé. Rechercher des alcoolisations associées aux crises suicidaires participe à la prévention des récurrences.

**Mots-Clés** : alcool ; trouble de l'usage d'alcool ; crise suicidaire ; suicide ; personnes âgées.

## **Summary**

The suicidal crisis takes on different aspects in old age, with fewer attempted suicides and more actual suicides. Alcohol consumption decreases in quantity with age and the proportion of abstainers increases without misuse disappearing.

Alcohol consumption has negative effects on the suicidal crisis: alcohol has disinhibiting effects at the time of suicidal acting-out (increasing impulsivity and the severity of suicide attempts), and the dysthymic and psychosocial consequences of alcohol misuse increase the risk of suicide.

Identifying and treating depression and alcohol use disorders helps to prevent suicide among the elderly. Screening for alcohol intake associated with suicidal tendencies helps to prevent recurrences.

**Keywords**: alcohol; alcohol use disorders; suicidal crisis; suicide; elderly.

Le suicide du sujet âgé, accompli, tenté, ou évoqué demeure tabou [1]. La place de l'alcool l'est autant chez les **ânés**, que ce soit à propos de sa consommation ou des troubles liés à son usage [2]. Dans ce contexte, aborder les relations entre alcool et crise suicidaire dans la vieillesse peut apparaître déroutant. Ce choix reflète cependant la réalité d'une forte prévalence des suicides chez les **ânés** et de la place persistante de consommations d'alcool parmi eux. Au quotidien, les intervenants en gérontologie ou gériatrie sont confrontés à des situations de crise suicidaire où la place de l'alcool ne peut être ni banalisée ni négligée.

Si l'usage ou le mésusage d'alcool peut être méconnu chez les **ânés**, au nom d'un éventuel dernier plaisir, ignorant la souffrance inhérente à l'addiction alcoolique, le suicide renvoie à une souffrance intense, difficilement accessible au point que seule la mort ou le désir d'arrêter de vivre cette vie-là puissent la soulager. Penser et comprendre les interactions que l'alcool, pris ponctuellement ou régulièrement, peut avoir parmi les facteurs favorisant la crise suicidaire, son évolution ou même son émergence peut aider à préciser un problème de santé publique majeur en gérontopsychiatrie et participer à la prévention du suicide du sujet âgé [3].

L'alcool n'est pas qu'un pansement de l'âme, pas plus que sa consommation ne peut être vue que positivement, telle une caresse psychique, en référence à des croyances profanes diffuses et ancestrales. La réalité de la souffrance qui culmine dans la crise suicidaire peut être induite, favorisée, majorée par des alcoolisations, pas seulement dans le cadre de troubles de l'usage d'alcool (TUAL). Comment envisager ces interactions dans un contexte délicat comme celui de la mort auto-infligée en dernière partie de vie ?

### ***Suicide et vieillesse***

Penser au suicide dans la vieillesse dérange, avec des représentations négatives du vieillard comme un mort en devenir, c'est-à-dire se représentant les **ânés** comme des cadavres ambulants [4], des « *corps marqués du sceau de la mort* » [5]. Lorsque se surajoute une banalisation des discours sur la mort, négligés ou devenus indistincts d'éventuelles pensées suicidaires [1], les obstacles pour considérer le risque suicidaire chez des personnes âgées s'accumulent. Alors réapparaît un âgisme au travers de la banalisation de la mort chez le sujet âgé, ou de résistances parfois présente pour entendre la souffrance psychique d'un aîné.

Si le suicide concerne tous les âges de la vie, sa mortalité est la plus élevée chez les sujets âgés, qui font des tentatives suicidaires avec une forte intentionnalité de mourir, dans un pays ayant un des plus forts taux de suicide [6]. Alors que les plus de 65 ans représentent moins d'un cinquième de la population, cette tranche d'âge concentre plus du tiers des morts par suicide, même s'il existe une décroissance du taux de suicide depuis 40 ans, chez les femmes, mais pas chez les hommes, faisant évoluer le sex-ratio du suicide des aînés de 2 à 3 pour 1 depuis 1980 [7].

Avec l'avancée en âge, les tentatives de suicide (TS) sont de plus en plus létales. Le ratio tentative de suicide/suicide situé autour de 25/1 tous âges confondus [8], varie de 200/1 avant 25 ans à 4/1 après 65 ans [9]. Si une prédominance féminine existe dans les TS la vie durant, elle s'amointrit et s'inverse pour une prédominance masculine après 80 ans [10]. Les suicides et TS des aînés restent dominés par les auto-intoxications, surtout médicamenteuses, même si la part de morts violentes s'accroît avec l'âge, surtout chez les hommes (phlébotomie, pendaison, armes à feu, noyades...) [7].

Différents facteurs de risque suicidaires ont été identifiés chez les sujets âgés, avec d'abord l'existence de troubles de santé mentale et surtout d'épisode dépressif majeur [9], puis en second lieu l'existence de troubles de l'usage d'alcool [8], mais aussi de troubles anxieux, troubles du sommeil, douleurs chroniques, maladies chroniques... [9]. Des éléments de vie sont aussi reliés à un surrisque, comme le veuvage chez les hommes qui a été associé à la dépression et à la crise suicidaire [11].

Le premier élément d'approche d'une crise suicidaire est d'accéder à d'éventuelles pensées suicidaires, plus rarement retrouvées chez le sujet âgé parce qu'elles sont moins souvent déclarées [9], mais aussi moins souvent entendues et prises en compte [1]. La prévention du risque suicidaire (du sujet âgé) passe d'abord par l'écoute de la personne et la prise en compte de ses dires. La confrontation au refus de soins à domicile ou en institution est par exemple emblématique de la difficulté des soignants à faire confiance aux paroles de la personne, alors que la prévention passe par l'écoute de l'autre... il en découle une sous-estimation du risque suicidaire chez les aînés justifiant le recours à des outils de repérage, comme l'échelle d'idéation suicidaire gériatrique (GSIS), l'échelle de désespoir de Beck (BHS), ou l'échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSS) [4].

Aucune n'évoque la prise de substance ou d'alcool, pour échapper à la réalité de l'instant.

### *Alcool et Vieillesse*

La consommation d'alcool dans la vieillesse reste un sujet qui oscille entre banalisation et méconnaissance négligente, un peu comme le suicide du sujet âgé. Banalisation de pouvoir boire de l'alcool dans la fin de sa vie, sans retenue, tel le lait des vieillards que Platon invoquait pour parler du vin [2], comme ultime plaisir de l'existence. Mais vieillir ne protège pas des dommages de l'alcool, quand inversement le vieillissement s'accompagne d'une vulnérabilité accrue aux effets psychoactifs de la substance (effets majorés pour une même quantité ingérée) et diminution de la tolérance au produit, même chez des consommateurs habitués [2]. Ainsi, les seuils de consommation à risque ont été abaissés à environ un verre quotidien après 65 ans [12], ce qui est un changement pour ceux à qui on conseillait de ne pas boire plus d'un litre de vin par jour dans les années 1950 [2].

Alors que la part de non-consommateurs s'accroît au fil des décades de la vieillesse et que les quantités consommées diminuent, les consommateurs quotidiens d'alcool sont de plus en plus nombreux avec l'âge [12]. Il convient alors de toujours différencier usage et mésusage d'alcool (c'est-à-dire usage avec dommages présents ou futurs). Ce qui pourrait sembler évident devient parfois banalisé dans la vieillesse avec de multiples obstacles à la reconnaissance de TUAL, souvent décrits comme rares, mais surtout méconnus. Leur prévalence ne décline que peu chez les **ânés**, autour de 10 % après 65 ans, plus élevée en milieu de soin (hôpitaux) ou en Ehpad (autour de 15 %), concernant de plus en plus de femmes et **un** sex-ratio tendant vers un [2].

Dans la vieillesse, les critères diagnostics de trouble de l'usage d'alcool, tels ceux du DSM5 [13] perdent de leur pertinence [14]. Les réticences soignantes à identifier ce trouble renforcent le défaut d'accès aux soins, laissant évoluer le mésusage d'alcool jusqu'aux complications [15], d'autant plus que le profil des buveurs devient inhabituel (des femmes, âgées, sans apparence physique d'alcooliques, avec de faibles niveaux de consommation comparés à de plus jeunes profils...).

Les ivresses alcooliques perdurent dans la vieillesse, aboutissant à des hospitalisations avec des alcoolémies d'apparence peu élevées en comparaison de plus jeunes adultes [2]. La notion de *binge-drinking* devient délicate à transposer dans la vieillesse, possiblement adaptée dans une définition quantitative (de plus de 5 unités en moins de deux heures), mais moins dans les registres d'intention d'effacement de soi, de *se mettre minable* des débuts de l'âge adulte [2,16]. La surconsommation de tranquillisants et d'hypnotiques (benzodiazépines et apparentés), peut être rapprochée, de la recherche d'ivresse benzodiazépinique, ou tout au moins de modulation chimique de la pensée avec les deux produits les plus facilement accessibles au quotidien dans notre société [17], tout au moins chez les **ânés** où le cannabis n'a pas encore de place diffuse.

L'offre de soin aux **ânés** mésusant d'alcool est faible, y compris quand le trouble est identifié, par pessimisme soignant et fatalisme infondé qui génèrent des réactions de rejet et d'évitement. Alors que le pronostic de soin est aussi bon ou meilleur qu'à de plus jeunes âges, cette négligence laisse évoluer le mésusage et la souffrance induite jusqu'à des situations de rupture. Alors la place de l'alcool comme facteur de risque suicidaire n'apparaît que peu pour des soignants, qui **ne** perçoivent pas toujours les nuances entre effets de consommations ponctuelles ou récurrentes d'alcool, entre usage et mésusage d'alcool, alors que la crise suicidaire n'est pas associée qu'aux TUAL.

### ***Un prototype de complexité en santé***

Alcool et suicide du sujet âgé ne peut se résumer en une seule formulation, tant les conditions, les origines, les facteurs précipitants ou de protection sont nombreux, dans des interactions jamais univoques. C'est un modèle pour penser la complexité en santé, en l'accueillant sans la limiter ou la résumer au détriment de sa richesse [18].

La vieillesse est multiple, sans qu'aucun critère d'âge ne puisse définir un sous-groupe particulier, que l'environnement, les circonstances, les comorbidités différencieront aussi. Consommer de l'alcool est banal dans nos sociétés, ne définissant pas un trouble en soi. L'âge avancé ne prémunit pas des effets de l'alcool qui peuvent être multiples, variables, voire opposés sur le psychisme, simultanément ou successivement, variables aussi entre effets aigus ou répétés,

effets associés aux conséquences pathologiques du mésusage (alcoolopathies), ou effets immédiats ou différés de sevrage [18]...

Alors la crise suicidaire (des pensées ou idées suicidaires à l'élaboration de *scenarii*, la mise en œuvre ou la réalisation de TS jusqu'au suicide accompli) [19], difficile à aborder en gériatrie, se voit encore renforcée dans sa présentation par les effets de l'usage, le mésusage ou l'arrêt d'usage d'alcool.

### ***Crise suicidaire et alcool***

L'alcool a une place centrale dans la crise suicidaire, à tout âge, par effets biochimiques directs ou conséquences psychosociales de TUAL [20]. Avant de la préciser, il convient d'écarter certaines situations, qui ne seront pas abordées ici :

- les suicides par ingestion massive de boissons à fort titre alcoolique [21] ;
- les modes de confrontation à la mort dans l'ivresse et surtout la modélisation de certaines intoxications éthyliques **aiguës** comme des expériences résurrectionnelles [22], qui n'ont pas pour autant de dimension suicidaire ;
- les références ordaliques dans certaines formes d'ivresses répétées ou de conduites addictives avec l'alcool, comme un des aspects de l'addiction [23] ;
- les extensions du concept d'addiction au-delà de son périmètre habituel lors de conduites répétées d'intoxications ou de passages à l'acte suicidaire qui ont parfois pu être envisagés sous le prisme de l'addiction ;
- et même les rapprochements ou confusions entre alcoolisations chroniques incontrôlées et formes de lent suicide, souvent invoqués dans le grand public et rarement validé en psychopathologie, illustré dans la citation de Georges Courteline : « *L'alcool tue lentement. On s'en fout. On n'est pas pressés* » [24].

S'il peut être immédiatement associé à une impression de soulagement émotionnel, transitoire, l'usage aigu ou répété d'alcool est surtout dépressogène [20,25], rapprochant les deux premières causes de suicide : dépression et mésusage d'alcool. Un lien direct a été objectivé entre les niveaux moyens de consommation d'alcool par habitant dans une population et son taux de mortalité par suicide [26].

L'alcool augmente les idées/pensées suicidaires, l'impulsivité, la désinhibition, l'altération du jugement faisant glisser de l'idéation au passage à l'acte dont la



prévalence est multipliée par 90 lors de consommations au-delà de 100 g/j (ou dix verres standards en France ou 1 litre de vin à 12°) en comparaison à des non-consommateurs d'alcool [20,27].

La consommation d'alcool lors de crise suicidaire augmente la gravité des TS et leur létalité [27]. Inversement l'accès aux soins en santé mentale, et la fréquence de rencontre avec un psychiatre dans les suites de TS diminuent lors d'alcoolisations concomitantes [20].

Les effets de l'alcool favorisant la crise suicidaire peuvent se distinguer entre consommations **aiguës** ou prises chroniques. Les premières n'impliquant pas l'existence de troubles de l'usage d'alcool, plus fréquents lors des secondes.

- Dans l'usage ponctuel (intoxications), l'association est sous-tendue par augmentation de l'intensité d'idéations suicidaires induites, dysphorie, désinhibition et impulsivité [26]. De 30 à 50 % des TS sont associées à une consommation d'alcool, avec dans les enquêtes autopsiques plus du tiers de suicidés ayant une alcoolémie positive [19,27]. Ces consommations d'alcool induisent une gravité supplémentaire, par désinhibition de l'acte qui apparaît peu corrélé à l'intention, augmentation de toxicité des intoxications médicamenteuses volontaires, réduction de l'autocontrôle dans la crise suicidaire pouvant parfois retenir le passage à l'acte autoagressif. Elles semblent autant concerner les hommes que les femmes [27].
- Dans le mésusage chronique d'alcool, le risque suicidaire est multiplié par 8, essentiellement par le biais de dépressions secondaires et des conséquences psychosociales négatives du mésusage d'alcool [27]. De 20 à 60 % des suicidants présentent un trouble de l'usage d'alcool (surtout avec dépendance), avec une prépondérance masculine tous âges confondus [11,27]. Le risque de mourir par suicide est semblable entre dépression et mésusage d'alcool, mais la létalité n'y est pas corrélée au niveau de désespoir comme chez le déprimé. En moyenne 6 % des personnes présentant un trouble de l'humeur mourront de suicide, 7 % un trouble de l'usage d'alcool et 4 % un trouble psychotique schizophrénique... [27]. La surreprésentation masculine classique des âges moyens de la vie s'estompe dans la vieillesse, où là aussi les crises suicidaires apparaissent plus impulsives et moins liées au niveau d'intention [27]. L'évolution de la crise suicidaire a des particularités notables lorsqu'elle est

associée à un mésusage d'alcool, avec plus de récurrences suicidaires, moins de rencontres avec un psychiatre et une surmortalité par récurrence suicidaire à un an, 50 fois supérieure à la population générale [27].

Le développement de l'addictologie et la prise en compte de doubles diagnostics (addictologiques et psychiatriques) permettent de dépasser l'abord du mésusage d'alcool comme seul cofacteur psychopathologique de troubles mentaux eux-mêmes à l'origine de conduites suicidaires [28], et considérer les relations entre alcoolisation et crise suicidaire dans un modèle complexe [26]. Dans ce contexte, deux principales recommandations ont été proposées en 2000 entre crise suicidaire et usage/mésusage d'alcool : rechercher et prévenir le risque suicidaire chez toute personne présentant un trouble de l'usage d'alcool et rechercher une alcoolisation récente (par mesure d'alcoolémie) dans toute crise suicidaire [27].

### ***Conclusion***

Très peu d'études se sont intéressées à la place de l'alcool dans la crise suicidaire du sujet âgé. Le rôle des TUAL y est sous-estimé, par difficultés de repérage du mésusage d'alcool chez les **ânés**, pour partie lié à la perte de validité des critères de trouble de l'usage d'alcool du DSM5 [13], mais aussi par vulnérabilité accrue à l'alcool qui induit une augmentation d'effets péjoratifs de consommations d'allure faibles ou modérées [8].

La comorbidité entre trouble de l'usage d'alcool et troubles affectifs majore le risque suicidaire, y compris chez le sujet âgé où le risque suicidaire est 10 fois plus élevé après 65 ans chez les consommateurs d'alcool (usage et mésusage) que chez les non-consommateurs [29]. La prise en compte de doubles diagnostics entre TUAL et comorbidités psychiatriques mériterait de se développer [10], sans exclusion mutuelle des approches ou ignorance mutuelle entre psychiatrie et addictologie (du sujet âgé).

La rencontre entre professionnels de santé et sujets âgés dans une élaboration suicidaire est possible, quand il a été objectivé que 43 à 76 % des **ânés** morts par suicide avaient rencontré un intervenant de soin primaire dans le mois précédant leur décès et jusqu'à 39 % dans la semaine précédente ou 20 % le jour même [8]. Alors se profilent de vastes possibilités d'amélioration des stratégies de

prévention du suicide et d'évaluation des risque/urgence/dangerosité suicidaires ainsi que de travailler sur les facteurs/marqueurs de risque et de protection dans la vieillesse [3].

Il a ainsi été aussi recommandé de développer le repérage et le traitement de la dépression de sujets âgés, mais aussi de développer le repérage et le traitement des TUAL du sujet âgé. Lors de chaque diagnostic de dépression, il est recommandé d'interroger l'existence d'idées suicidaires, pour intégrer la crise suicidaire dans la conduite à tenir [26].

La promotion et l'incitation à développer une recherche en santé gériatrique dans ce domaine demeure une nécessité d'avenir [8].

### *Liens d'intérêts*

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

## ***Références***

- [1] Blond JC, Treille PO, Reybard A, et al. La plainte suicide du sujet âgé. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2005;5:30-6.
- [2] Menecier P. Soins, alcool et personnes âgées : Se positionner pour coconstruire. Lyon, Chronique Sociale, 2019.
- [3] Menecier P, Fernandez L, Plattier S, et al. Troubles liés à l'usage d'alcool du sujet âgé : un exemple de la notion de complexité en santé. *Ann Med Psychol* 2017;175 (9):763-9.
- [4] Rakotoroalahy MN, Andrianarisoa M, Jalenques I. Echelles d'évaluation du risque suicidaire chez les sujets âgés : revue de littérature. *Ann Med Psychol* 2018;176:505-10.
- [5] Plancke L. Epidémiologies des conduites suicidaires des personnes âgées. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2017;17:136-43.
- [6] Maisondieu J. Le crépuscule de la raison. Paris, Centurion, 1989.
- [7] Ploton L. Ce que nous enseignent les malades Alzheimer. Lyon, Chronique sociale, 2010.
- [8] Kopp-Bigault C, Walter M. Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement : CQFDi. *Encéphale* 2019;45:S35-S37.
- [9] Blow FC, Brockmann LM, Barry KL. Role of alcohol in late-life suicide. *Alcohol Clin Res* 2004;28(5) Suppl:48S-56S.
- [10] Paille F. Personnes âgées et consommation d'alcool : groupe de travail de la SFA et de la SFGG. *Alcoologie Addictologie* 2014;36 (1):225-68.
- [11] Pierron-Robinet G. Veuvage, dépression et crise suicidaire chez le sujet âgé. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2017;17:307-13.
- [12] Han BH, Moore AA, Ferris R, et al. Binge drinking among older adults in the United States, 2015 to 2017. *J Am Ger Soc* 2019;67 (10):2139-44.
- [13] [American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015.](#)

- [14] Menecier P, Teixier A, Las R, et al. Peut-on parler d'ivresse benzodiazépinique : à propos d'intoxications benzodiazépiniques aiguës, ni suicidaires ni mortifères. *Encéphale* 2012;38:25-30.
- [15] Kuerbis A, Hagman BT, Sacco P. Functioning of alcohol use disorder criteria among middle-aged and older adults: implication for DSM-5. *Subst Use Misuse* 2013;48 (4):309-22.
- [16] Menecier P, Fernandez L, Pichat M, et al. Attitudes et croyances de soignants hospitaliers à propos de sujets âgés en difficulté avec l'alcool : enquête par entretiens de recherche. *Ann Med Psychol* 2019 ; 177 (6):544-50.
- [17] Terra JL, Pacaut-Troncin M. Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : convergences et spécificités. *Perspective Psy* 2008;47 (4):321-9.
- [18] Michalodimitrakis MN, La Grange R, Tsatsakis AM. Suicide by alcohol overdose. *J Forensic Med* 1997;4:91-4.
- [19] Pélicier Y. Le statut de l'ivresse dans le fonctionnement mental. In : Pélicier I, Les Ivresses. *Le Bouscat*, L'esprit du temps Psychologie, 1994:7-14.
- [20] Valleur M. Les chemins de l'ordalie. *Topique* 2009;107:47-64.
- [21] Xuan Z, Naimi TS, Kaplan MS, et al. Alcohol policies and suicide: a review of literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40 (10):2043-55.
- [22] Blairy S. L'alcool favorise-t-il le passage à l'acte suicidaire. In : Seutin V. L'alcool en questions. *Wavre*, Mardaga, 2015:77-81.
- [23] Adès J, Lejoyeux M. Quelles sont les relations entre crise suicidaire et alcool. *Psydoc*, octobre 2000. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/lejoyeux.html> Consulté le 29 mai 2020.
- [24] Courteline G. *La Philosophie de Georges Courteline*. Paris, Flammarion, 1922.
- [25] Menecier P. Alcool chez les sujets âgés. In : Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ. Alcool et troubles mentaux : De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic. *Issy-les-Moulineaux*, Elsevier-Masson, 2013:95-102.

- [26] Sagne A. Prévention du suicide de la personne âgée : quand vieillir avec sentiment de solitude et isolement social. In : Menecier P, Psychogérontologie clinique et pathologique. Paris, Editions In Press, 2019:113-24.
- [27] Menecier P. Psychoalcoologie à l'hôpital. Paris, Editions In Press, 2019.
- [28] Durkheim E. Le suicide. Étude de sociologie. Paris, Alcan, 1897.
- [29] Chan Chee C, Paget L. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. Rev Epidemiol Sante Publique 2017;65 (5):349-59.