

LE SUICIDE CHEZ LA PERSONNE AGEE - ASPECTS CLINIQUES

INTRODUCTION : (Mr ASPE Montpellier 2003)

Les suicides de la population des 60 ans et plus représentent 30 % du total des suicides.

Ce n'est pas tellement parce que les suicides augmentent avec l'âge , c'est parce qu'ils

sont plus souvent réussis, notamment par les hommes.

L'interprétation du suicide n'en est que plus difficile car elle se borne souvent à une en

quête rétroactive, à une « autopsie psychologique ».

L'analyse clinique montre une période de troubles ayant précédé le passage à l'acte suicidaire.

La dépression est la cause la plus fréquente de cette perturbation mais d'autres

affections psycho-pathologiques ou somatiques ou des difficultés socio-affectives

peuvent intervenir dans cette crise où le vieillissement et ses conséquences jouent

toujours un rôle primordial.

C'est pourquoi il convient d'analyser les idées suicidaires, l'acte suicidaire, la situation

post-suicidaire afin de rechercher les dispositions dépressives mais aussi les pulsions

violentes et agressives , les idées délirantes dans un but de prévention d'un nouveau

passage à l'acte suicidaire.

Il convient également de savoir reconnaître les comportements auto-agressifs non

suicidaires qui n'en sont pas moins des renoncements à la vie .

Au commencement est l'idée suicidaire puis il s'ensuit une période de transition faite

d'hésitations, de décisions contradictoires, de bilans négatifs de l'existence tenant

compte de l'isolement, d'une discorde affective, d'une maladie source de souffrance, de

perte de dignité et d'autonomie, d'une décadence économique dégradante.

Faut il s'efforcer malgré tout de vivre ou vaut-il mieux affronter la mort ?

A ce stade si une intervention thérapeutique efficace est entreprise, les idées suicidaires

peuvent ne pas s'organiser dans une dynamique mortifère.
Mais si les idées suicidaires persistent dans un vécu douloureux durable,
la décision de mourir s'installe et la préparation de l'acte commence.
L'intervalle séparant cette phase du passage à l'acte dépend de la personnalité du sujet âgé. Il peut être très court donnant lieu à un raptus suicidaire, ou long, en se donnant le temps de prendre ses dispositions pour ses obsèques, sa succession et de choisir méticuleusement le moyen le plus efficace pour réussir son geste suicidaire.

Dans les dépressions à forme mélancolique le désir de mort devient une obsession, la seule sanction possible au vécu culpabilisant dont la nature délirante ne se laisse influencer par aucune intervention extérieure même chargée de réconfort et de chaleur affective.
Lorsque la dépression est liée au vécu trop douloureux des conséquences de la vieillesse il n'est pas facile de déterminer si c'est le désir de mourir qui entre en jeu ou seulement de sombrer dans un sommeil profond et amnésique.
L'idée de suicide peut constituer une réponse auto-agressive à d'insoutenables idées de persécution ou de jalousie.
Le suicide peut être l'expression d'une violence destinée à s'exprimer contre l'autre dont on refuse de dépendre en le punissant de sa propre mort.
C'est le cas du psychopathe violent qui ne peut supporter de devoir se soumettre à la volonté d'autrui, aux règles d'une vie collective.
C'est l'opposition du dément, surtout de nature vasculaire qui n'admet pas de dépendre de ses aidants et dont le geste auto-agressif de révolte dépasse son but par affaiblissement du jugement.
Le suicide peut être involontaire sous la forme d'une fuite affolée aboutissant à une défenestration en raison d'une confusion aiguë lors d'un accès de délire onirique effrayant, sous l'influence d'une intoxication éthylique, médicamenteuse, ou d'un épisode évolutif aigu de démence.
Le suicide peut se prétendre réfléchi, philosophique, euthanasique pour échapper à la

dégradation physique ou intellectuelle ou à la douleur insoutenable d'une maladie incurable pour se libérer de sa propre souffrance ou pour libérer un être cher avant de le suivre dans la mort.

La situation post-suicidaire

La tentative de suicide bouleverse les rapports psychologiques entre le patient et son entourage.

On constate une remise en cause dans la famille ou dans l'institution où vit le patient.

Les intervenants expriment de la culpabilité parfois un rejet de la personne .

le suicidant âgé peut exprimer son regret d'avoir été réanimé, d'avoir survécu. Il peut persister dans ses thèmes mélancoliques qui s'aggravent de la honte du geste accompli.

Le geste suicidaire peut être autocritiqué comme un moment de faiblesse qui n'aurait jamais dû se produire.

Le suicide peut être minimisé ou nié : « je voulais seulement dormir. Je me suis trompé en prenant mes médicaments. Je n'ai jamais voulu mourir. Je voulais seulement qu'on comprenne.... »

C'est alors qu'il convient de permettre au suicidant âgé de pouvoir s'exprimer et de le

placer dans les conditions de sécurité destinées à prévenir un nouveau geste suicidaire.

Renoncements à la vie non suicidaires : 11 les Syndromes de désinvestissement

Plutôt que de prendre une part active à sa propre mort, le sujet âgé peut adopter une attitude dangereuse consistant à ne plus accomplir les efforts nécessaires pour se maintenir en vie :

- il s'abandonne à l'anorexie , au refus alimentaire
- il se confine chez lui, reste alité
- il refuse tout contact
- il refuse les traitements, les soins élémentaires d'hygiène.

2)les syndromes de régression

psychomotrice aiguë Ils peuvent survenir :

- après une chute avec séjour prolongé au sol
- - après la perte d'un proche

- - après une maladie aux conséquences invalidantes ou douloureuses
- - après des changements brutaux de mode de vie

3)le syndrome de glissement

Le sujet âgé renonce à lutter pour maintenir son autonomie et sa dignité. Les régulateurs centraux des fonctions essentielles de l'organisme peuvent être perturbés de façon irréversible.

4) les conduites addictives tardives et massives : boissons alcoolisées , antalgiques, somnifères, anxiolytiques sont d'importants équivalents suicidaires.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE PSYCHOPATHOLOGIQUE

1)les syndromes dépressifs

Ils sont à l'origine de la plupart des tentatives d'autolyse (probablement 75 % au moins). La gravité de la tentative n'est pas toujours en rapport avec l'intensité et avec la nature de la dépression.

2)les états anxieux aigus du sujet âgé

Le geste auto-agressif est destiné à exprimer la détresse du sujet âgé en proie à une angoisse insoutenable par peur de l'abandon , de la solitude insupportable, de la maladie. La peur de mourir peut entraîner le suicide.

3)Les réactions caractérielles coléreuses

L'autoagressivité peut traduire une colère disproportionnée exagérant une violence naturelle.

4)les troubles délirants

En réaction à l'impression d'être traqué , surveillé, menacé, volé, de subir des propos insultants , en finissant par se sentir acculé au désespoir.

Il s'agit le plus souvent de personnalités paranoïaques ou de délires hallucinatoires sensoriels anxiogènes.

5) La confusion onirique

conséquence d'intoxication , d'infections, d'épisodes aigus dans l'évolution des syndromes démentiels constitue un facteur de risque important de suicide de caractère involontaire, accidentel, pulsionnel, irraisonnée.

EVALUER L'IMPORTANCE DU RISQUE SUICIDAIRE

Les idées suicidaires sont rarement énoncées spontanément .

On peut être alerté par des indices prédictifs :

Verbaux directs : « je vais en finir »

Verbaux indirects : »je suis fatigué de la vie ; vous n'aurez pas longtemps à me supporter.... ».

Comportementaux : repli sur soi, refus alimentaire, refus de soins, perte d'intérêt, irritabilité, indifférence affective, arrangements funéraires, testamentaux, achat d'une arme, d'une corde.

certaines situations constituent un risque particulier

- 1)antécédents personnels ou familiaux de troubles de l'humeur, de tentative de suicide, d'alcoolisme
- 2)personnalité psychopathique, antisociale, impulsivité
- 3)période initiale du traitement antidépresseur
- 4)solitude, veuvage
- 5)absence de vie sociale
- 6)maladie chronique : handicap, douleur chronique
- 7)insomnie rebelle

Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher

- | | | |
|---|---------------------|---|
| 0 | pas d'idées de mort | Ne pense pas plus à la mort qu'actuellement |
| 1 | | Pense plus à la mort qu'habituellement |
| 2 | idées de mort | Pense souvent à la mort |
| 3 | | A quelques idées de suicide |

vigilance

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| 4 | idées de suicide | A assez souvent des idées de suicide |
| 5 | Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister | |

- | | | |
|---|------------------------|-----------------------------------|
| 6 | désir passif de mourir | Désire mourir ou plutôt être mort |
|---|------------------------|-----------------------------------|

Hospitalisation

- | | | |
|---|--|-----------------------------|
| 7 | Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher) | |
| 8 | volonté active | Veut mettre fin à ses jours |

- | | | |
|---|---|--|
| 9 | Sait comment il veut mettre fin à ses jours | |
|---|---|--|

- | | | |
|----|--|---|
| 10 | début de passage à l'acte
passer à l'acte | A déjà préparé son suicide ou a commencé de |
|----|--|---|

Mesures à prendre devant un patient suicidaire ou suicidant

- ne pas hésiter à permettre au patient de s'exprimer à propos du suicide
- établir un lien de confiance
- permettre au patient de ne plus concevoir le suicide comme la

solution unique à son désespoir et amorcer un travail de reconstruction

- alliance thérapeutique entre médecin traitant, service d'urgences, psychiatre, travailleurs sociaux, famille, institution
- mise en place d'un traitement antidépresseur ou neuroleptique et d'une relation psychothérapique
- prise en charge en service sécurisé psychiatrique après un geste suicidaire après avoir éliminé le risque vital en service d'urgence
- envisager un traitement par électroconvulsivothérapie en cas de délire mélancolique
- la crise suicidaire constitue un moment favorable pour une analyse psycho-pathologique et pour dénouer les conflits relationnels.

CONCLUSION :

Le risque suicidaire est à prendre d'autant plus en considération chez le sujet âgé qu'il aboutit à un suicide réussi beaucoup plus fréquemment qu'aux autres âges de la vie.

La grande majorité des suicides correspond à une maladie qui aurait pu bénéficier d'un traitement psychiatrique.

Une dépression larvée avec idées suicidaires est souvent minimisée par l'entourage .

Chez le sujet âgé la crise suicidaire est souvent peu apparente et difficile à reconnaître.

On a trop tendance à attribuer le manque de dynamisme et d'intérêt du sujet âgé au vieillissement naturel.

Savoir identifier et évaluer l'importance du risque suicidaire est essentiel pour prévenir le passage à l'acte suicidaire.

Une tentative de suicide demande un examen psychiatrique en liaison avec le médecin traitant, la famille et l'institution pour une évaluation psychopathologique et une prise en charge thérapeutique visant à éviter une récurrence.

Bibliographie :

ANAES .Direction Générale de la Santé.Conference de Consensus « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », 19 et 20 octobre 2000.

Charles S.Ducher ,J.R Renaux M, « Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher », Actualités psychiatriques (1990) N°17,20^{ième} année,P.59.

Debout M. et al. : »Guide de l'entretien avec un patient suicidaire »Ed. Lumdbeck,1998.

G.Ferrey et Ph.Taurand, « les tentatives de suicide chez le sujet âgé » ,Ed.Editorial assistance ,1998, Ardix médical

Groupe latin pour la prévention su suicide : »le suicide de la personne âgée »,Ed. Lumdbeck,DepRelief.

Psychopathologie des suicides chez le sujet âgé,
Clinique et prévention des suicides chez le sujet âgé.
JG Ouango, JF Tessier.JM Leger
Neurologie-Psychiatrie-gériatrie 1 février 2001

Le risque suicidaire chez la personne âgée « Autre regard » Brun.M
Février 2001