

## SUICIDE DE LA PERSONNE AGÉE

**Le taux de suicide** des personnes âgées entre 65 et 74 ans est de 31, 2 pour 100 000 H 23, 2 pour 100 000 dans la population générale. Ce taux est encore plus élevé dans les classes d'âges au delà de 75 ans. Chez les personnes de plus de 85 ans il est 6 fois plus élevé que chez les adolescents.

Ce taux est variable selon le **sexe et la situation matrimoniale**.

Beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes et plus élevé chez les veufs les divorcés et les célibataires que chez les mariés .

**Les moyens les plus utilisés** par les personnes âgées pour se suicider sont la pendaison et les armes à feu. ces deux moyens violents rendent compte de la prédominance du sexe masculin dans les suicides des personnes âgées.

Dans la plupart des études faites selon la méthode de l'autopsie psychologique, environ **90 % des suicides âgés** souffraient d'un **trouble mental** : dépression, alcoolisme , dépendance vis à vis de drogues, trouble de la personnalité, psychose.

**Dépressions** : bien souvent la dépression du sujet âgé n'est pas diagnostiquée, difficultés diagnostiques, dépressions masquées.

- l'absence fréquente de **plaintes psychiatriques**.
- la fréquence de la présentation **somatique** des dépressions.  
Somatisation.
  - le manque de dynamisme et d'intérêt attribué **au vieillissement** naturel,
  - la fréquence d'une **maladie somatique** associée amenant les patients comme les médecins a attribuer les symptômes à la maladie somatique plutôt qu'à une origine psychologique,
  - le pb diagnostic entre démence et dépression.

Au delà de la dépression **d'autres facteurs** sont fréquemment rencontrés chez la personne âgée suicidée:

- **Maladies somatiques** importance de la condition physique  
L'apparition d'une maladie somatique dans les trois mois qui ont précédé le suicide est retrouvée dans 50 % des cas des personnes âgées.

- **Deuil**
- **Isolement**
- **Problèmes familiaux**
- **La présence de stress anciens** augmenterait la vulnérabilité au suicide Un traumatisme dont l'intéressé a réchapper avec le sentiment coupable d'appartenir à ceux qui sont restés après un suicide , un accident une déportation; Betttelhem, Primo Levi.

- **Personnalité**  
Impulsivité l'auto-agressivité  
La personnalité dominante autosuffisante fière. Lors de la survenue d'une perte d'autonomie, elles ne vont pas accepter l'aide des aidants. Et après une période d'opposition hostile l'évolution peut se faire vers un renoncement brutal en quelques jours C'est le **syndrome de glissement** chez les francophones et dépression avec anorexie chez le: anglo-saxons : conduite mortifère passive qui aboutit souvent au décès.

**Aborder le pb des idées de suicide chez la personne âgée**

### **- Prise en charge**

Hospitaliser antidépresseur anxiolytique évaluer le contexte et la gravité donner un RDV rapproché et évaluer le soutien possible de l'entourage.

### **- Sous évaluée et sous traitée**

16 % des personnes suicidées prenaient un antidépresseur et à dose pas tjrs efficace.

### **- Prévention primaire du risque suicidaire**

Reconnaissance et traitement de la dépression réalisée par les médecins généralistes ayant eu une formation dans l'île de Gotland : ce programme a généré une décroissance, du taux de suicide, des hospitalisations et des dépenses de santé liées à la dépression, la prescription d'antidépresseurs avait augmenté et celle des autres psychotropes avait diminué ...10 après...

### **- Assistance téléphonique**

Etude **De Léo** en Italie assistance téléphonique aux personnes âgées à domicile, en moyenne 80 ans, 84 % de femmes et 73 % vivaient seules, elles pouvaient utiliser un système d'alarme téléphonique quand elles en ressentaient le besoin; un message était transmis téléphoniquement à un centre médicalisé. Sur 10 ans, 6 suicides chez les personnes bénéficiant de cette aide téléphonique, le nb de suicide pour une population comparable était de 22.

### **- Le suicide assisté**

C'est aux Pays Bas, en Australie et aux USA que la question s'est posée avec le plus d'acuité : les médecins ne devraient-ils pas venir assister les personnes qui souhaitent se donner la mort?

Aux Pays Bas les concepts de décisions médicales de fin de vie et suicide assisté ont été développés et ont été mis en pratique bien que cela ne soit pas légal. Les personnes concernées par ces pratiques sont à 5% des personnes âgées

Un des risques d'une loi qui autoriserait l'euthanasie serait de considérer l'euthanasie comme l'un des traitements de la dépression avec idée de suicidaires. L'exemple de la moitié nord de l'Australie qui a légalisé l'euthanasie pour l'interdire ... après six mois de pratique .

Les équipes qui connaissent le mieux le passage de la vie à la mort sont celles qui travaillent dans les unités de soins palliatifs. Lorsque l'intéressé, la famille, et l'équipe soignante ont renoncé à l'option d'un acharnement thérapeutique, lorsque les soins de confort sont assurés, lorsque la douleur physique est soulagée, lorsque l'angoisse et la douleur morale sont prises en compte et traitées, alors la plupart des personnes ne réclament plus la mort. La vie reprend de manière inattendue ou une bonne mort arrive. La question du suicide assisté ne se pose pas ou ne se pose plus . Parce que derrière un désir de mort il y a souvent une dépression masquée, fréquente chez le sujet âgé.

Une étude, chez les adultes jeunes atteints du sida, a montré que ceux qui étaient intéressés par l'éventuelle option d'un suicide assisté étaient ceux qui avaient les scores les plus élevés sur l'échelle de dépression.