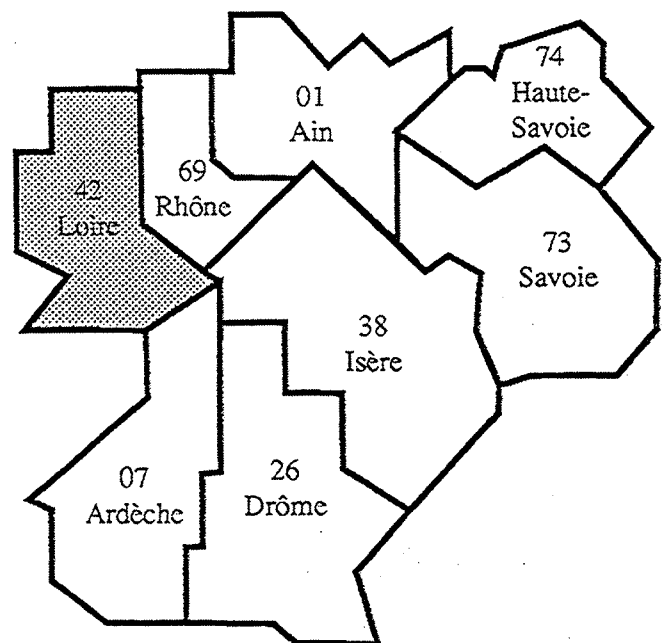


65^{ème}

JOURNEE REGIONALE DE GERONTOLOGIE

CONDUITES SUICIDAIRES DES PERSONNES ÂGÉES ET PRÉVENTION



Société Rhône-Alpes de Gériatrie

Siège social
UDIAGE 1 place de Metz
38000 GRENOBLE

Centre des Congrès
SAINT-ETIENNE

Mardi 15 mai 2001



65^{ème} Journée Régionale de Gériatrie

SAINT-ETIENNE

Mardi 15 Mai 2001

**CONDUITES SUICIDAIRES
DES
PERSONNES AGÉES
ET
PRÉVENTION**

Sommaire

Ouverture des travaux

Mme Cécile SAVIOZ, Présidente de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie4

Quelques réflexions ...

Dr Yves DELOMIER, Société Rhône-Alpes de Gérontologie5

Épidémiologie des suicides au grand âge

Madame Françoise FACY, directeur de recherche INSERM6

Approche culturelle et philosophique du suicide

Pr. Michel DEBOUT, Président de l'Union Nationale de Prévention du Suicide.....17

Clinique des suicides chez les personnes âgées

Pr. Régis GONTHIER - CHU de Saint-Etienne - Hôpital Charité - Gérontologie Clinique22

Mourir en silence... ou les suicides "passifs" en gériatrie

Dr Gérard DUBOS, chef de Service de Gériatrie CHU Grenoble.....26

SOS AMITIÉ : une oreille attentive à l'écoute

M. Th. PEYRARD et D. MONTAGNON – SOS Amitié Saint-Etienne.....43

Folie sécuritaire et prise de risques

Alain SAGNE, psychologue clinicien, thérapeute familial, CHU de Saint-Etienne.....49

Suicide et responsabilités institutionnelles

Joël MORET-BAILLY, Maître de conférence à l'Université Jean Monnet, Saint-Etienne53

Indices de pré-crise et attitudes préventives

Dr BLOND et ses collaborateurs – Centre de Psychothérapie de l'Ain - Bourg-en-Bresse.....56

"Un aller simple..."

Histoire d'un accompagnement psychothérapique

Mme REYBARD-MUTEL.....74

**Suite à un incident technique, le Centre des Congrès a été dans l'impossibilité de nous fournir l'enregistrement de la journée. De ce fait, vous ne trouverez dans ce compte-rendu, ni questions, ni réponses.
Nous sommes désolés, et nous prions les participants et les intervenants d'accepter toutes nos excuses.**

Ouverture des travaux

Mme Cécile SAVIOZ, Présidente de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie

Mesdames, Messieurs, Chers Amis,

Nous ouvrons ensemble la 65^{ème} Journée de Gérontologie... Quel que soit le sujet, vous êtes là, toujours nombreux. Merci pour votre attachement à la Société.

Je sais que le titre de la journée en a surpris beaucoup. Pourquoi donner des idées, m'a-t-on écrit ? Il faut en parler est-il écrit quelque part....

C'est presque toujours inattendu, incompréhensible... Est-il prémédité ? réfléchi ? chaque cas n'apporte pas de réponses.

12 000 suicides pour 160 000 tentatives, plus important chez les hommes de plus de 70 ans que chez les femmes.

Acte de désespoir ? maladie irrémédiable, difficultés à supporter les aléas de la vie... suicide dépressif... on cesse l'alimentation, les soins... sentiment d'abandon... d'inutilité...

Suicide du couple âgé... toujours unis et fidèles, ils désirent partir ensemble. Pourquoi survivre à celui qui souffrait et désirait en finir?

Pour certains c'est peut-être un acte de courage, un choix qu'il faut respecter.

Pour d'autres, c'est peut-être la crainte de la mort qu'on ne veut pas voir arriver ... peut-être aussi une sorte de reproche à l'attention de son entourage.

Peut-on toujours repérer une crise suicidaire ? certains suicides sont tellement surprenants... quels moyens de prévention ? Eviter l'exclusion, l'isolement, renforcer la cellule familiale. La solitude ne favorise-t-elle pas la réussite de l'acte prémédité ?

On n'en finit pas de se poser des questions.

Mesdames, Messieurs, vous qui avez accepté de faire part de vos connaissances, de vos expériences, nous vous remercions d'être présents toute cette journée.

Merci à l'Office Stéphanois, à Germaine et autres administrateurs de notre Société.

Merci à la Ville de Saint-Etienne qui soutient toujours nos travaux.

Merci à tous ceux qui ont préparé cette journée.

A vous, chers Amis, bonne réflexion pour notre satisfaction à tous.

Après l'ouverture de la Journée par Madame SAVIOZ,

Mademoiselle Nicole PEYCELON, adjoint délégué à la Solidarité, au Social et au 3^{ème} âge, et représentant Monsieur le Maire de Saint Etienne,

Dit la bienvenue aux participants à cette journée, en souhaitant que ce temps de partage des connaissances et des expériences contribue à faire avancer la réflexion.

Quelques réflexions ...

Dr Yves DELOMIER, Société Rhône-Alpes de Gériatrie

Les suicides des vieux et parfois des grands vieux sont maintenant mieux déclarés, mieux analysés : beaucoup de ces suicides relèvent de pathologies curables ou accessibles aux soins (médicamenteux et relationnels).

Cependant, les conduites suicidaires, et encore plus les attitudes suicidaires, sont très peu comptabilisées, les suicides des mourants mal identifiés, mal entendus, ce qui interdit une prise en soins qui pourrait être une prévention.

Nos responsabilités, sociales, politiques, culturelles, sont engagées : quels rôles pour les vieux dans une société mutante et plurielle ? Au grand âge, plus qu'à d'autres, la Liberté est donnée, la Dignité donnée, les relations humaines données.

Il serait important que le suicide ne soit pas le seul moyen d'affirmer une Liberté ultime.

Enfin, il restera probablement toujours quelques vieillards lucides, ni plus ni moins pathologiques que d'autres, qui choisiront d'interrompre leur fin de vie : cela peut traduire leur réflexion, leur culture, et résulter d'une longue démarche. Il semble que, au-delà des soins, nous leur devions attention et respect des mystères de l'Être ; ceci n'effacera ni nos incertitudes, ni notre souffrance.

Épidémiologie des suicides au grand âge

Madame Françoise FACY, directeur de recherche INSERM

Introduction

Alors que depuis plusieurs années, les indicateurs démographiques, économiques et épidémiologiques montrent une situation française favorable pour *l'espérance de vie* : une de plus élevées du monde occidental, pour *le niveau de vie* : parmi les plus importants des pays développés, pour le *système de soins* : un des meilleurs pour l'O.M.S., d'autres indices, plus spécifiques au bien-être et à la qualité de vie des personnes âgées, sont alarmants.

Ainsi, l'importance des suicides aux âges avancés de la vie pose des questions à l'ensemble de la société, responsables de Santé Publique ou associations, sur l'influence de *l'organisation sociale et l'équilibre des générations*.

Les perspectives démographiques établies par l'INSEE laissent prévoir une évolution importante si l'espérance de vie se maintient à un niveau élevé et si les flux migratoires restent stables : un quart de la population française serait, en 2020, âgé de plus de 60 ans.

Au-delà des questions actuelles que renvoient les gestes suicidaires des aînés, peut-on se préparer à constater une augmentation « naturelle » de telles fins de vie, sans que des actions de prévention spécifiques en gérontologie soient entreprises ?

Les données épidémiologiques établissent la fréquence des suicides et leur répartition géographique ; la comorbidité et l'environnement social sont des facteurs étudiés spécifiquement en fonction de thématique de recherche clinique ou sociologique.

SUICIDES

Effectifs 1996

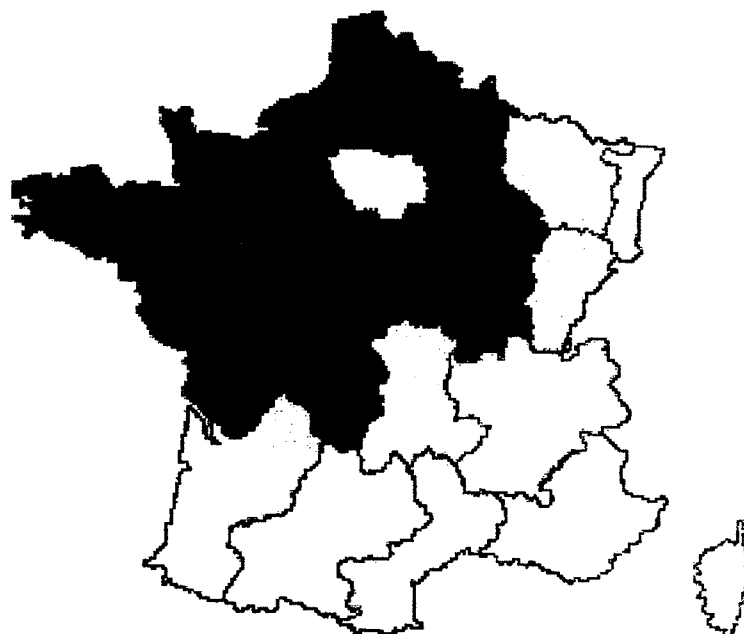
	Hommes	Femmes	Ensemble
< 25 ans	536	167	703
25 – 44 ans	3 070	907	3 977
45 – 64 ans	2 383	1 073	3 456
65 – 74 ans	955	434	1 389
> 74 ans	1 226	522	1 748
Total	8 170	3 103	11 273
< 65 ans	5 989	2 147	8 136

CIM9 : E 950–E 959

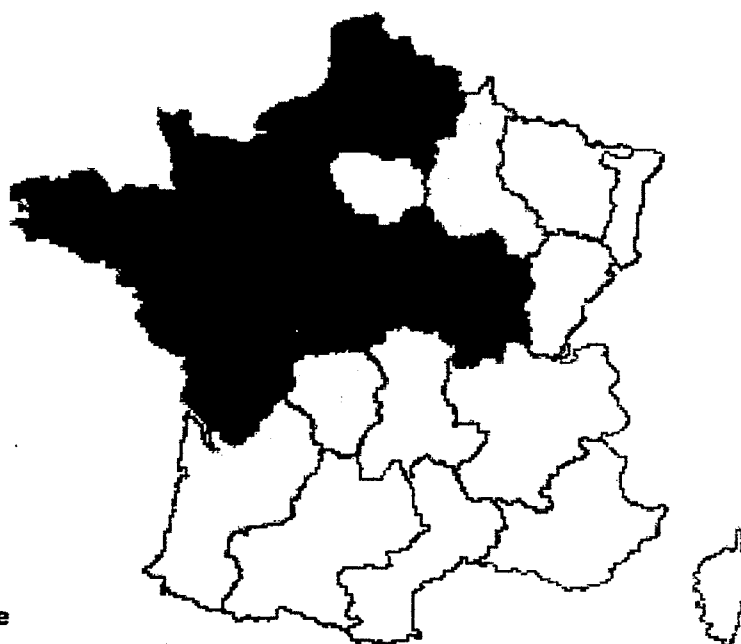
SC8 INSERM

SUICIDES

1992 - 1994 - Taux de décès comparatifs






HOMMES



FEMMES

variation par rapport
à la moyenne française

-  > 10 %
-  - 10 % à 10 %
-  < - 10 %

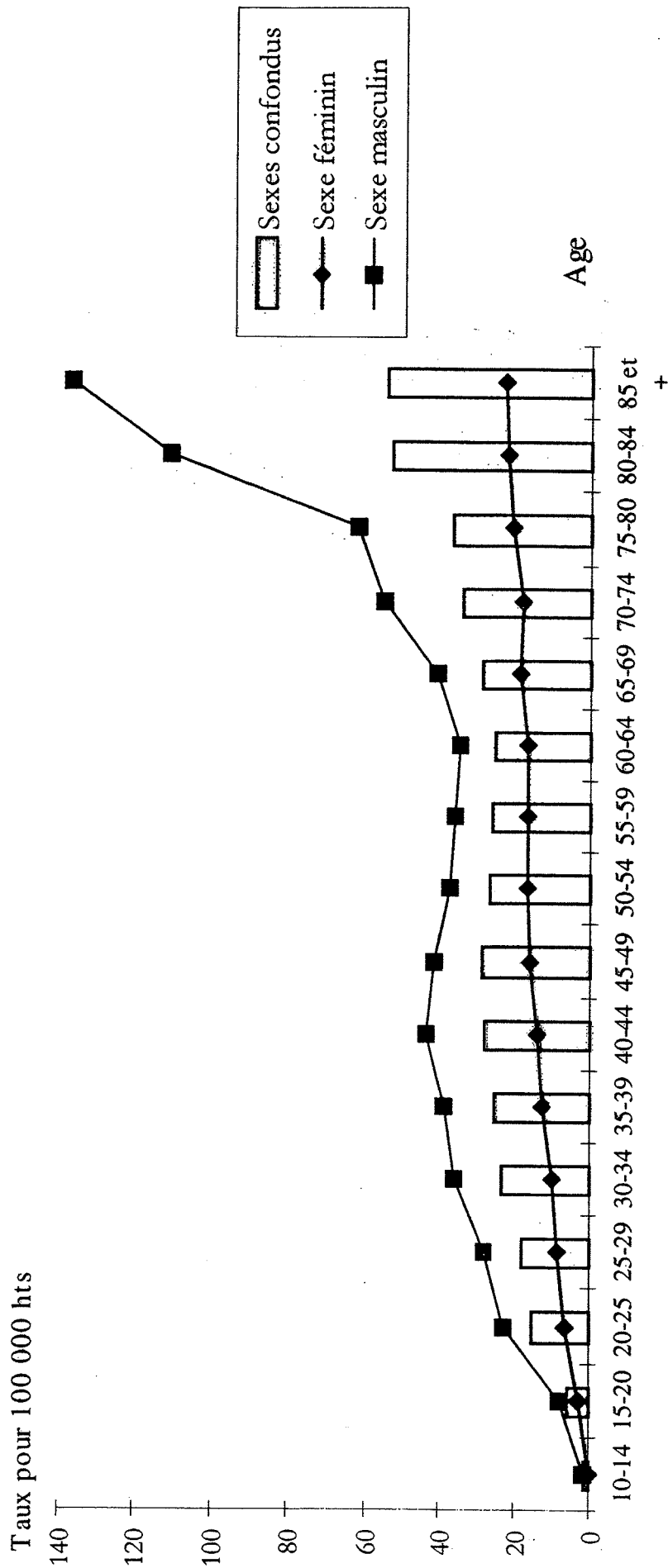
SC 8INSERM
CIM 9 : E 950 - E 959

TAUX DE DECES PAR SUICIDE*
FRANCE 1979 à 1997
Tous âges

ANNEES	SEXE MASCULIN	SEXE FEMININ	TOTAL
1979	31	11	20
1980	32	11	20
1981	32	11	20
1982	34	12	22
1983	36	12	23
1984	36	12	23
1985	37	13	23
1986	36	13	23
1987	35	12	22
1988	33	11	21
1989	33	11	21
1990	32	11	20
1991	32	11	20
1992	32	11	20
1993	34	11	21
1994	33	10	21
1995	32	10	20
1996	30	10	19
1997	29	10	18

* Taux comparatif pour 100 000 habitants - réf. 1990

Fréquence de la mortalité par suicide selon l'âge en France en 1995



TAUX COMPARATIF 1997 - FRANCE - DE 64 ANS ET +

CODE	CHAPITRE	SEXE MASCULIN	SEXE FEMININ
1	Maladies infectieuses et parasitaires	87	55
2	Tumeurs	1733	752
3	Maladies endocriniennes nutrition, méta., troubles immunitaires	138	127
4	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	36	21
5	Troubles mentaux	117	115
6	Maladies du système nerveux et des organes des sens	144	109
7	Maladies de l'appareil circulatoire	2050	1358
8	Maladies de l'appareil respiratoire	633	303
9	Maladies de l'appareil digestif	253	163
10	Maladies des organes génito-urinaires	108	55
12	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	23	27
13	Maladies du système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonc.	24	26
14	Anomalies congénitales	2	2
16	Symptômes, signes et états morbides mal définis	299	237
17	Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	301	181
	TOTAL	5947	3531

Réf 1990 pour 100 000 habitants

SUICIDES SELON LE SEXE, L'AGE ET LE MODE UTILISE

(%)

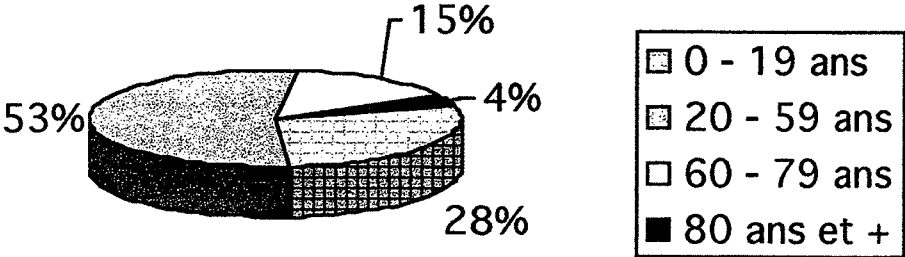
Ages Moyens utilisés	65-74 ans		75-84 ans		85 ans et +		Moyenne nationale	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Substances solides, Em- poisonnement	5	17	4	17	3	15	9	26
Gaz	1	<1	1	1	<1	-	2	1
Pendaison	43	29	43	29	43	35	44	29
Noyade	6	32	8	26	8	20	5	16
Armes à feu	36	5	33	2	30	3	29	7
Instruments tranchants	1	1	1	2	1	2	1	1
Saut d'un lieu élevé	3	10	6	14	7	18	4	11
Non précisé	5	6	5	7	7	8	7	10
Séquelles de tentatives	-	-	<1	-	-	-	-	-

Comparaison internationale du suicide des personnes âgées

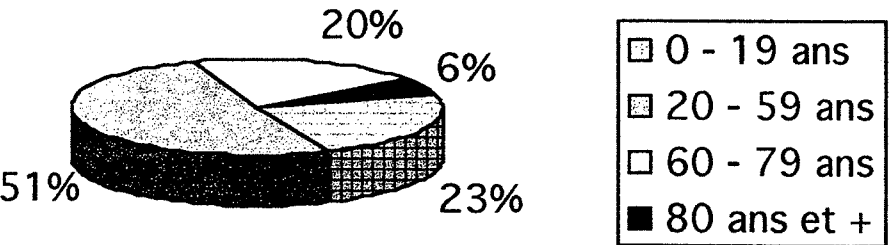
(1992-1995 : taux pour 100 000 habitants)

Pays	Ages Année	65-74 ans		75 ans et +	
		H	F	H	F
France	1994	50	16	98	22
Autriche	1995	55	19	121	29
Danemark	1992	43	28	81	29
Allemagne	1995	35	14	83	24
Pays-Bas	1995	18	11	26	10
Suède	1995	29	11	43	17
Royaume-Uni	1995	11	4	16	6
Belgique	1992	42	20	83	22
Luxembourg	1992	25	11	79	26
Irlande	1993	20	3	12	3
Finlande	1994	38	11	60	9
Portugal	1995	30	7	52	13
Espagne	1994	24	8	44	10
Italie	1993	22	8	45	9
Grèce	1995	8	2	17	2
Suisse	1994	47	18	96	26
USA	1994	28	5	51	6
Canada	1995	20	6	27	4
Japon	1994	30	19	55	35

Structure par âge de la France métropolitaine en 1990



Structure par âge de la France métropolitaine en 2020



1.4. Avant la Révolution

Au XVIII^{ème} siècle, sous l'influence des Lumières, la réflexion sur le suicide prend des proportions considérables. C'est à cette époque que naît la légende de la "maladie anglaise", consacrée par un livre du médecin George Cheyne, publié en 1733, *The English Malady*. Le suicide sera une spécialité britannique, comme les maladies vénériennes seraient une spécialité française ! Ce mythe est dû en particulier à la publicité accordée au suicide dans la presse anglaise, beaucoup plus libre que celle du continent : chaque semaine on publie dans les journaux les "billets de mortalité" de la ville de Londres, et on commente les principaux cas, ce qui contribue à répandre l'idée que le suicide est une réalité banale dans ce pays. Le 27 février 1786, le Times organise même un débat public sur le thème : "Le suicide est-il acte de courage ?"

La "maladie anglaise" étant considérée comme un fait acquis, philosophes et scientifiques en cherchent la cause. Ainsi César de Saussure en 1727, à peine arrivé à Londres, se dit accablé par le climat et déclare que s'il était anglais il se serait déjà suicidé...

Mais pour les défenseurs de la tradition et de la religion, la montée du suicide depuis le début du siècle est due au progrès de l'esprit philosophique, qui détruit les valeurs sacrées et les fondements de la morale.

Ils s'appuient sur quelques cas retentissants, qui firent sensation dans l'Europe entière : en 1700; l'éditeur Thomas Creech, d'Oxford, se pend après avoir traduit les œuvres de Lucrèce ; en 1732, un relieur londonien, Richard Smith, et sa femme Bridget, tuent leur petite fille et se pendent dans leur chambre ; ils laissent une lettre explicitant leur geste par des motifs philosophiques.

Le jour de Noël 1773, deux militaires de 20 et 24 ans se suicident au pistolet dans une auberge de Saint-Denis. Eux aussi laissent une lettre, dont le contenu fera le tour de l'Europe : désespoir, mal de vivre, absurdité de l'existence ; "Nous sommes dégoûtés de la scène universelle".

C'est cependant bien à tort que les philosophes sont rendus responsables de la démoralisation de la population. L'examen de leurs écrits montre qu'en fait, ils sont surtout embarrassés par le problème du suicide, qui les trouble profondément. Loin d'en faire l'apologie, ils cherchent à en comprendre les causes, qu'ils attribuent essentiellement aux injustices sociales et politiques, responsables de la misère et du désespoir des classes populaires.

En 1770, le maître d'armes Faldoni, atteint d'une maladie incurable, se tue avec sa fiancée dans une chapelle de Lyon. La même année, le jeune poète anglais Chatterton, âgé de 17 ans, s'empoisonne dans sa chambre à Londres. L'événement déclenche une véritable "Chatterton mania" : poèmes, panégyriques, élégies, peintures, sculptures glorifient la mort du jeune prodige ; des mouchoirs souvenirs sont brodés à sa mémoire pour étancher les pleurs des jeunes filles. Et, bien sûr, on l'imité.

C'est dans ce climat que Goethe publie en 1774 *Les souffrances du jeune Werther* expression d'un climat culturel auquel il donne une forme esthétique...

1.5. La Révolution

Au début de la Révolution, on retrouvera à Quimper et à Saint-Malo des cadavres de suicidés salés depuis cinq ou six ans, "en attente" de leur exécution. Les jugements des suicidés sont cependant fort différents suivant l'origine sociale du sujet. Impitoyables pour les suicidés du peuple, qui se pendent à cause de leur misère, de leur déchéance physique et morale, ils sont indulgents pour les privilégiés..

La Révolution va dépénaliser complètement le suicide en supprimant toute sanction contre le cadavre et toute confiscation de biens, mais elle ne l'approuve pas pour autant.

1.6. Au XIX^{ème} siècle

Avec le XIX^{ème} siècle, le suicide devient objet d'étude pour les nouvelles sciences psychologie, psychiatrie, sociologie. Nous entrons dans l'ère de la statistique, qui permet des analyses plus objectives.

L'augmentation globale des taux au cours du XIX^{ème} siècle est attribuée aux effets désagrégateurs de la révolution industrielle : affaiblissement des liens traditionnels, de la religion, émancipation de l'individu, dont l'isolement est croissant, importance des fluctuations économiques, misère ouvrière.

Comme d'habitude, la réaction des autorités civiles est de dissimuler le plus possible les faits à l'opinion publique. Dès 1829, les *Annales d'Hygiène* écrivent : "les journaux devraient s'abstenir d'annoncer un suicide quel qu'il soit". Le 19 juillet 1870, lorsque le journaliste et homme politique Lucien Prévost-Paradol se tue, dans le *Figaro*, la *Patrie*, Le *Journal des Débats*, ils est mort de la "rupture d'un anévrisme", et pour Camille Rousset, "il tomba foudroyé".

Alors que la Renaissance et les Lumières avaient tenté de comprendre le Suicide, d'y voir un acte tragique sans doute, mais n'ayant rien d'infamant en lui-même, le XIX^{ème} siècle reconstruit le mur de la honte. L'Eglise durcit sa position, en continuant à refuser la sépulture ecclésiastique à ceux qui se sont donné la mort de propos délibéré.

La médecine elle-même contribue à faire du suicide une "maladie honteuse due à une faiblesse d'esprit", contre laquelle elle prône un "traitement moral à base de punition", comme le docteur Guislain par exemple, dans la première moitié du XIX^{ème} siècle : pour soigner les tempéraments suicidaires, il recommande des "sédatifs moraux" tels que la douche, le fauteuil de répression, l'isolement, les menaces, les atteintes à l'amour-propre.

Plus tard, c'est Esquirol qui exprimera le mieux la nouvelle approche médicale – toujours marquée par le moralisme – mais plus conforme à l'état de la science de l'époque : pour lui la seule explication à l'acte suicidaire est à rechercher dans l'aliénation mentale du sujet "l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire".

Mais assimiler le suicidé à un aliéné permettait de déplacer le débat de la philosophie vers la médecine et la psychologie, science naissante à l'époque. Une autre science allait bientôt être appelée en renfort : dès la fin du siècle, en 1897, Durkheim publie son ouvrage fondateur *Le suicide* et introduit dans le débat de nouveaux critères d'explication et de compréhension de l'acte suicidaire, montrant que le suicide s'inscrit dans une réalité sociale et surtout répond aux déchirures du lien social.

Ainsi, s'est construite peu à peu la double approche du suicide : sociale et médico-psychologique, qui constitue la toile de fond de notre conception actuelle.

1.7. Au XX^{ème} siècle

Sous la pression de l'évolution des idées et des connaissances, la position de l'Eglise elle-même va largement évoluer au cours de ce siècle. Ainsi, peu à peu l'idée que le suicide pouvait être lié à un état pathologique du sujet – dont il était en quelque sorte la victime – a fait son chemin et a ainsi permis "d'assouplir" la position de l'Eglise permettant progressivement de donner à ces morts une sépulture religieuse.

Cette évolution a permis que se construise un consensus qui fonde la position actuelle de la société française. On peut l'exprimer ainsi :

- Personne ne propose que l'on laisse mourir, sans lui apporter le moindre soin, celui qui a attenté à ses jours sous le prétexte que l'on respecterait ainsi "sa volonté de mourir" ;
- Le suicidé n'est plus l'objet d'une condamnation implacable, – il peut désormais bénéficier d'obsèques religieuses – même si ces mêmes religions continuent à réprover son acte au nom des valeurs qui sont les leurs.

2. Les conduites suicidaires dans le contexte de maladies graves

La relation entre suicide et maladies physiques graves est bien établie chez les sujets très âgés. Le suicide peut être le moyen pour échapper à une douleur physique intolérable par son intensité et sa durée. Les récurrences de cancers et les maladies neurologiques invalidantes (séquelles majeures d'AVC, Parkinson) peuvent générer un état dépressif et conduire au désespoir surtout lors d'un épuisement des fonctions vitales (cachexie très sévère, état grabataire irréversible, dyspnée au moindre geste...).

Le refus de traitement. L'oubli ou l'interruption d'un traitement chez des patients âgés atteints d'une maladie chronique peut mettre en danger leur vie sans qu'il y ait pour autant une intention suicidaire. Il y a une tentative de se soustraire à la servitude, à la souffrance ou à l'angoisse (exemple : abandon de l'oxygène pour les insuffisances respiratoires chroniques, refus de dialyse pour les insuffisances rénales chroniques...). Plus fréquente est la négligence en délaissant volontairement un signe reflet d'une pathologie sous-jacente inquiétante (exemple : découverte d'un nodule au sein non signalé au médecin). Cependant, chez certaines personnes âgées, cette négligence s'inscrit dans un souci de ne pas déranger l'entourage proche. Le déni de la maladie est parfois évident ; il s'exprime par un refus d'une intervention chirurgicale vitale ou par une opposition franche aux soins.

Le syndrome de glissement. Il s'agit d'un tableau rare qui survient à l'âge extrême de la vie. Il se caractérise par un tableau de régression majeure avec confusion. L'étiologie en est multiple : agression exogène d'ordre psychologique ou émotionnel, traumatisme physique évident, état infectieux avec altération des défenses immunologiques (pseudo SIDA). Le terrain antérieur est celui d'un affaiblissement des résistances physiques et psychiques lié à la maladie et à l'handicap (démence débutante). Le sujet donne l'impression d'être épuisé avec apathie, cliniphilie et anorexie. Sur le plan biologique, il existe une élévation chronique des cytokines (surtout l'interleukine 6 et le tumor necrosis factor) qui témoigne d'un état fragile sévère et qui interfère sur le système nerveux central, sur le plan hormonal et sur la sensation de bien-être. Il est victime de troubles de l'attention et de la mémoire, d'une désorientation temporo-spatiale, d'une somnolence. Les réactions dépressives ne sont pas exprimées en dehors du refus alimentaire et de l'opposition aux soins. Si le traitement n'est pas énergique, l'évolution est dramatique et elle aboutit inmanquablement à la mort malgré les efforts déployés par les soignants.

3. Le suicide, reflet d'une maladie neurodégénérative

Le retrait, la démotivation, le désinvestissement du sujet âgé, le non emploi durable des capacités, peuvent être à l'origine d'une baisse fonctionnelle des performances instrumentales (exemple de la conduite automobile) ou intellectuelles. Ce tableau est parfois appelé suicide focal par les psychiatres ou désafférentation volontaire par les gériatres.

L'examen neuropsychologique de ces patients âgés montre en réalité une maladie neurodégénérative sous-jacente qui s'exprime de cette façon, soit dans le cadre d'une démence de type Alzheimer, soit plutôt dans le cadre d'une démence frontotemporale (apathie, réduction extrême des activités, changement de personnalité...). Si à un stade avancé de la maladie démentielle le dément ne se suicide pas, en revanche, au stade des premiers troubles, le suicide n'est pas impossible.

Les conduites régressives sont fréquentes lors de la démence. L'évaluation clinique doit permettre de distinguer l'affaiblissement physique et intellectuel de la fin de vie qui survient chez le très grand vieillard épuisé de la limitation pathologique des activités avec alitement et refus alimentaire. La conduite régressive non naturelle se traduit par des manifestations inhabituelles comme un plus grand repli sur soi, une dépendance ou une passivité accrue, une résignation qui consiste à ne plus sortir du lit. Il faut se rendre compte que le sujet est très en dessous de son potentiel de fonctionnement et être capable de stimuler ses réactions et de mobiliser son énergie psychique résiduelle. Au très grand âge, la réactivité est abaissée et la mort est fréquemment l'aboutissement après une longue période d'état grabataire et ce malgré la stimulation réalisée par les soignants et la chimiothérapie (c'est le "long - mourir" en soins de longue durée).

III - Les crises suicidaires sont le plus souvent l'expression d'une dépression

Bien que l'on retrouve chez les suicidants des antécédents familiaux de suicide ou des troubles de la personnalité, *l'acte suicidaire survient très souvent chez un sujet âgé déprimé*. Une étude épidémiologique américaine a montré que dans un échantillon de sujets de plus de 80 ans, seuls 5 % avaient des idées suicidaires, alors que lorsqu'ils sont atteints de dépression, ce chiffre monte à 55 %. Le tableau dépressif associait au moment du passage à l'acte une grande douleur morale, des sentiments de culpabilité, une perte d'intérêt pour les activités du quotidien, un ralentissement idéatoire et parfois des idées délirantes de préjudice, de ruine ou d'incurabilité. Il s'accompagnait d'une insomnie d'endormissement, d'une anorexie avec perte de poids. Classiquement, le suicide concerne un homme âgé de 65 à 85 ans, veuf, vivant en ville, avec peu de moyens, souffrant d'antécédents dépressifs, qui avait déjà fait l'objet d'un traitement. Peu de motifs précis et exprimés sont retrouvés en dehors de la solitude et la perte d'une certaine autonomie liée à une maladie somatique invalidante.

Les TS chez les hommes sont violentes (pendaison, défenestration...), notamment en milieu rural. Le taux de réussite est important [selon Davidson, après 65 ans, on note un suicide pour trois tentatives chez la femme, et un suicide pour une tentative chez l'homme].

IV - Le moment de la crise suicidaire

On dit que 7 suicidants sur 10 ont "parlé avant" ou ont émis un "appel à l'aide" à leur entourage. Le sujet âgé se met à évoquer passivement la mort comme une solution aux difficultés de santé actuelles ou comme un soulagement. Parfois, le sujet évoque le suicide comme la seule solution face à une maladie invalidante.

Les suicidaires signalent généralement un sentiment de vacuité douloureuse, une asthénie, des difficultés d'endormissement, et se plaignent de douleurs imprécises et variables dans leur intensité et leur topographie (phénomène de somatisation) ; mais inversement, ils ont de la difficulté à exprimer leur tristesse, leur angoisse de la perte d'autonomie et leur souffrance provoquée par la solitude. Parfois, leur tristesse s'exprime par des symptômes psychiques peu clairs comme de l'agitation, de l'agressivité ou même de propos confus provoqués par une recrudescence anxieuse.

Chez les sujets âgés, ces problématiques sont largement sous estimées en raison d'une banalisation de symptômes assimilés au vieillissement normal (agressivité, fuite, désintérêt...).

V - La prévention passe par la reconnaissance

Si on fait l'hypothèse qu'entre l'apparition des idées suicidaires et le passage à l'acte, il existe des symptômes objectifs de dépression, la prévention est possible. Des expériences ont montré que la sensibilisation des populations permettait de réduire la fréquence des suicides du sujet âgé. On doit rechercher :

Des antécédents dépressifs (présents dans 30 à 40 % des cas) : des idées d'auto-accusations, une agitation anxieuse, une insomnie sévère, une perte de plaisir (anhédonie), un sentiment de désespoir.

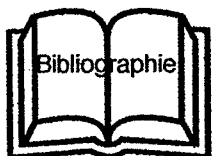
Des événements traumatisants, comme la perte d'un animal domestique, un conflit familial récent, un déménagement avec abandon du domicile habituel.

Des modifications du comportement du sujet lui-même : laisser - aller vestimentaire, absence de projet, négligence pour les repas ; ou de l'entourage : hostilité, indifférence, maltraitance, méchanceté...

VI Conclusion

Les conduites suicidaires des sujets âgés ne sont pas des thèmes fréquemment évoqués. La mort n'est-elle pas la compagne naturelle de la personne âgée ? La situation d'un Vieux nous laisse souvent indifférents. Pourtant, ces conduites traduisent l'incapacité de la personne à se "motiver" pour continuer son existence.

La prévention consiste à ne pas négliger l'impact des crises de la vieillesse (perte relationnelle, solitude, dépendance, placement...) et maintenir une place dans notre société et des rôles aux générations qui nous précèdent.



- Conwell V, Lyness J, Duberstein P et al. Completed suicide among older patients in primary care practices : a controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2000 ; 48 : 23 - 29.
- Paulin S, Léger JM, Clément JP. Devant quels symptômes faut-il soupçonner une dépression chez la personne âgée. *Le Concours Médical* 1999 ; 121 : 2149 - 52.
- Hamerman D. Toward an understanding of frailty. *Ann Intern Med* 1999 ; 130 : 945 – 50.
- Davidson F, Philippe A. Suicide et tentative de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique. *INSERM – DOIN* 1986 : 170 p.
- Ouango IG, Tessier JF, Léger JM. Clinique des suicides / tentatives de suicide chez le sujet âgé. *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* 2001 ; 1 : 14 – 17.
- Hazif-Thomas C, Chantoin S, Thomas Ph. La crise suicidaire du sujet âgé. *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* 2001 ; 1 : 21 – 25.

Mourir en silence... ou les suicides "passifs" en gériatrie

Dr Gérard DUBOS, chef de Service de Gériatrie CHU Grenoble ⁽²⁾

"Suicide ou homicide de soi-même" Voltaire, dictionnaire philosophique.

Je ne ferai que très peu de réflexion sur l'homicide de soi-même. Tout ce que j'ose dire avec assurance, c'est qu'il ne sera jamais à craindre que cette folie de se tuer devienne une maladie épidémique la nature y a trop bien pourvu ; l'espérance, la crainte, sont les ressorts puissants dont elle se sert pour arrêter presque toujours la main du malheureux prêt à se frapper. On a beau nous dire qu'il y a eu des pays où un conseil était établi pour permettre aux citoyens de se tuer, quand ils en avaient des raisons valables ; je répons, ou que cela n'est pas, ou que ces magistrats avaient très peu d'occupations.

Il est très sûr que ce n'est pas être sans courage que de se procurer tranquillement une mort sanglante, qu'il faut quelque force pour surmonter ainsi l'instinct le plus puissant de la nature, et qu'enfin qu'une telle action prouve plutôt de la férocité que de la faiblesse. Quand un malade est en frénésie, il ne faut pas dire qu'il n'a point de force : il faut dire que sa force est celle d'un frénétique.

Si l'homicide de soi-même pour reprendre l'expression de Voltaire - a fait l'objet de nombreuses études chez les sujets âgés - les équivalents suicidaires sont moins bien connus.

Plusieurs caractéristiques de ces états concourent à cette méconnaissance. Le concept est imprécis d'autant que la recherche de la mort n'est pas toujours au premier plan de la symptomatologie présentée par le patient ou n'est pas clairement exprimée. Le grand âge, surtout, vient modifier la signification que nous donnons à ces conduites symboliques qu'il s'agisse d'un manque d'attention de notre part, ou encore d'une fausse légitimation selon laquelle "il serait normal de vouloir mourir quand on est vieux, malade et dépendant" !

La notion de suicide renvoie implicitement à des actes radicaux ou violents. Il suffit pour s'en convaincre de consulter - par exemple sur Internet - la fréquence des associations de mots clés sur le suicide et ses caractéristiques. Très peu de sites mettent ainsi en rapport des conduites d'anorexie, de négligence, de refus de traitement avec une volonté suicidaire.

Pourtant, certains comportements passifs observés chez la personne âgée sont des équivalents suicidaires et posent la question d'un diagnostic précoce, de l'existence d'un syndrome dépressif sous-jacent, de la compréhension de ces comportements dans la situation particulière de l'agé et de l'accessibilité de ces types de suicide à des traitements préventifs ou curatifs.

⁽²⁾ Les diapositives projetées lors de la journée se trouvent en annexe, à la fin de l'intervention du Dr DUBOS pages 29 à 42.

Définition des équivalents suicidaires de la personne âgée

On entend sous ce terme tout comportement ou attitude mettant en jeu la vie de l'individu sans que le désir de mort soit clairement manifeste pour l'entourage et peut-être même aussi pour le sujet âgé qui en tout cas ne l'exprime pas. Deux autres définitions ont été avancées par certains auteurs (BAILLET et COLL) :

- **Certaines conduites répétitives, dont le risque léthal est connu et encouru, il s'agit selon ces auteurs d'une sorte de "flirt avec la mort" qui aurait peut-être valeur de catharsis.**
- **Certaines conduites d'échec, de refus ou de ruptures de solidarités, où la mort réelle n'est pas à craindre à brève échéance mais dont le résultat à long terme a valeur de geste suicidaire.**

Sous estimés dans leur fréquence, les équivalents suicidaires le sont aussi dans leur gravité car même si la recherche de la mort n'est pas au premier plan, le risque est grand d'y parvenir du fait de la fragilité physiologique de ces sujets qui peut très vite conduire à des décompensations organiques sévères.

Les états de négligence

Les états de négligence représentent probablement une des formes les plus fréquemment rencontrées. Il s'agit d'un refus de soins ou d'un brusque changement de comportement avec refus du traitement ou du régime antérieurement bien suivi chez des sujets souffrant de maladie chronique. Le risque pour le médecin et pour l'entourage est de méconnaître le symbolisme mortel de ces refus ou de se laisser trop facilement convaincre qu'il faut respecter la "volonté d'être tranquille pour la fin de ses jours" d'un sujet.

Les états régressifs aigus

Les états régressifs aigus appelés parfois "syndrome de glissement" sont une seconde forme d'équivalent suicidaire. Ces états font suite à une pathologie organique grave, plus rarement à des traumatismes psychiques.

La notion d'un intervalle libre est une donnée importante qui est retrouvée chez tous les auteurs qui ont étudié ces types de comportement : la guérison de l'accident initial "ne suffit pas à sortir la personne âgée de l'emprise de la mort".

Nous avons personnellement étudié, avec RIARD P. et J.P., 25 cas de syndrome de glissement dans notre service de Gériatrie. La fréquence de ce syndrome est faible et l'âge moyen élevé (83 ans), le sexe ratio est de 1 homme pour 4 femmes. La pathologie somatique initiale aiguë était présente dans 76 % des cas ce qui n'empêchait pas de constater beaucoup d'éléments à forte connotation psychiatrique dans l'observation de ces patients.

Le syndrome de glissement apparaît rapidement, en moyenne au bout de dix jours d'hospitalisation, l'anorexie est le signe le plus précoce et le plus constant associée à un comportement oppositionnel.

Face à cette situation, le diagnostic par l'entourage médical de la possibilité d'un syndrome dépressif grave est rarement établi (1 cas sur 4) et l'évolution est la plupart du temps catastrophique avec l'apparition rapide de troubles du comportement (confusion, somnolence), de troubles urinaires et digestifs et d'une altération sévère de l'état général.

L'évolution, lors de cette étude réalisée en 1986, conduisait à la mort dans 80 % des cas.

Avec le Docteur DELOMIER on peut s'interroger sur les significations de ce syndrome de glissement où le sujet âgé présente une décompensation somatique et psychique brutale à l'occasion d'un épisode de stress ou d'une situation de crise. Par certains aspects, ce syndrome se rapproche d'une forme de mélancolie du sujet âgé et mérite probablement une prise en charge intensive.

Les autres équivalents suicidaires

Certaines conduites à risque répétitives ont été appelées par MENINGER des "suicides chroniques", il s'agit d'alcoolisme, d'abus médicamenteux facilement pris pour des erreurs, d'anorexie...

Les auteurs pensent que dans cette confrontation avec la mort, il y aurait probablement une sorte de recherche de maîtrise de sa vie par l'agé : "se permettre d'affronter la mort avec la possibilité de revenir victorieux de cette rencontre".

Enfin, certaines conduites ont, par leurs résultats à long terme, valeur de geste suicidaire. On peut expliquer ainsi la clochardisation de certaines personnes âgées ou le refus de secours légitime que pourraient apporter enfants ou membres de la famille.

Le problème majeur de tous ces suicides passifs est de les apprécier pour ce qu'ils sont : *l'équivalent suicidaire n'est tel que parce que quelqu'un, à un certain moment de la maladie du patient l'a considéré comme ayant valeur de suicide !*

Ces comportements sont souvent appréciés par le médecin de façon ambiguë : certains privilégiant le diagnostic d'accident lié à la "faiblesse mentale" du vieillard, d'autres s'obstinant dans la recherche d'une étiologie organique source d'escalade en investigations paracliniques parfois invasives...

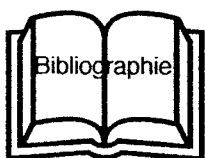
Compréhension de ces comportements : mort du désir et désir de mort chez certains sujets âgés ?

Parfois l'équivalent suicidaire est à prendre au premier degré, il s'agit d'un suicide lent, passif et silencieux assez spécifique de l'agé et pour lequel il faut toujours rechercher la possibilité d'une dépression cachée ou masquée. Y penser permet de mettre en route psychothérapie et traitement médicamenteux et d'avoir parfois d'excellentes surprises.

Mais au-delà de cette démarche médicamenteuse, les explications liées à l'âge et à la difficulté d'accepter certains aspects physiologiques ou sociaux du vieillissement contiennent probablement une part de vérité.

Si tout suicide est un refus de vivre, "c'est surtout le refus de vivre une certaine vie et peut-être le désir de vivre une autre vie". Si l'agé est "aliéné", c'est plus souvent à un mode d'existence dans lequel il n'est plus reconnu ni par les autres, ni par lui-même plutôt qu'à une maladie mentale.

Dans cette optique la prévention des équivalents suicidaires rejoint tout à fait la prévention du suicide gériatrique en général dans la primauté accordée au domaine médico-social et dans la nécessité de réinvestir la qualité du temps qui reste à vivre.



- Des équivalents suicidaires chez la personne âgée S- BAILLET C. BOUCLIER H. BARAKE H. Semaine des Hôpitaux de Paris 1994 – 70 n° 23/24, 601-695
- Conférence de consensus : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge – Document ANAES – sur le site Internet de l'ANAES.
- Les conduites suicidaires du sujet âgé : RANCE JR. LHOSTE G. COUDERT AJ. Psychologie médicale 1988, 20,3 : 359-361

Mourir en silence ? ou les suicides « passifs » en gériatrie

Docteur Gérard Dubos

Société Rhône-Alpes de Gériatrie

St Etienne – 15/05/2001





Si « l’homicide de soi même » a fait l’objet de nombreuses études chez le sujet âgé, les équivalents suicidaires sont moins bien connus :

- **l'imprécision du concept**
- **la recherche de la mort n'est pas au premier plan de la symptomatologie – ou n'est pas clairement exprimée**
- **L'âge vient modifier la signification que nous donnons à ces conduites symboliques**

SUICIDE, ou HOMICIDE DE SOI-MÊME.

Voltaire - Dictionnaire philosophique

Il y a quelques années qu'un Anglais, nommé Bacon Morris, me vint voir à Paris. Il était accablé d'une maladie cruelle dont il n'osait espérer la guérison. Il me dit: j'ai résolu d'éprouver pendant quinze jours ce que pourront les remèdes pour me rendre la vie moins insupportable; et si je ne réussis pas, j'ai résolu de me tuer. Vous me ferez enterrer où il vous plaira; mon épitaphe est courte. » Il me la fit lire, il n'y avait que ces deux mots de Pétrone: « *Valete, curae* », *adieu les soins*. Heureusement pour lui et pour moi qui l'aimais, il guérit et ne se tua point. Il l'aurait sûrement fait comme il le disait.

Je ne ferai ici que très peu de réflexions sur l'homicide de soi-même;

Tout ce que j'ose dire avec assurance, c'est qu'il ne sera jamais à craindre que cette folie de se tuer devienne une maladie épidémique, la nature y a trop bien pourvu; l'espérance, la crainte, sont les ressorts puissants dont elle se sert pour arrêter presque toujours la main du malheureux prêt à se frapper.

On a beau nous dire qu'il y a eu des pays où un conseil était établi pour permettre aux citoyens de se tuer, quand ils en avaient des raisons valables; je répons, ou que cela n'est pas, ou que ces magistrats avaient très peu d'occupation.

Pourquoi donc Caton, Brutus, Cassius, Antoine, Othon, et tant d'autres, se sont-ils tués si résolument ?

Quelques beaux esprits disent que ces anciens n'avaient pas le véritable courage; que Caton fit une action de poltron en se tuant, et qu'il y aurait eu bien plus de grandeur d'âme à ramper sous César. Cela est bon dans une ode ou dans une figure de rhétorique.

Il est très sûr que ce n'est pas être sans courage que de se procurer tranquillement une mort sanglante, qu'il faut quelque force pour surmonter ainsi l'instinct le plus puissant de la nature, et qu'enfin une telle action prouve plutôt de la férocité que de la faiblesse. Quand un malade est en frénésie, il ne faut pas dire qu'il n'a point de force; il faut dire que sa force est celle d'un frénétique.

Enquête INTERNET : association de mots clés sur le suicide et ses caractéristiques

- **Suicide (s) 1 840 000**
- **Suicide + adolescent (s) 105 000**
- **Suicide + PA 4 460**
- **Suicide + Dépression 276 000**
- **Suicide / Dépression / Ados 46 000**
- **Suicide / Dépression / PA 461**
- **Suicide + anorexie 1 190**
- **Suicide + anorexie + PA 354**
- **Suicide + négligence 307**
- **Suicide + refus de traitement 363**
- **Suicide + syndrome de glissement 85**

QUESTIONS :

- **Certains comportements observés chez les PA sont-ils des "équivalents suicidaires ?**
- **Ces comportements peuvent-ils être correctement diagnostiqués comme relevant de modalité(s) gériatrique(s) de la maladie suicidaire?**
- **Quels sont les rapports de ces comportements avec la dépression – comment peut-on les expliquer dans la situation particulière de l'âge ?**
- **Sont-ils accessibles à des traitements ?**

Définition des équivalents suicidaires de la personne âgée :

- **Tout comportement ou attitude mettant en jeu la vie de l'individu sans que le désir de mort soit exprimé (sans que l'aspect suicidaire soit clairement manifeste pour l'entourage – et peut-être même aussi – pour le sujet âgé)**
- **Deux autres définitions ont été avancées par certains auteurs (Baillet et Coll) :**
 - **Celle de conduites répétitives où le risque est connu et encouru "flirt avec la mort" qui aurait peut-être valeur de catharsis**
 - **Celle de conduites d'échec ou de rupture de solidarité diachronique où la mort réelle n'est pas à craindre mais dont le résultat a valeur de geste suicidaire**

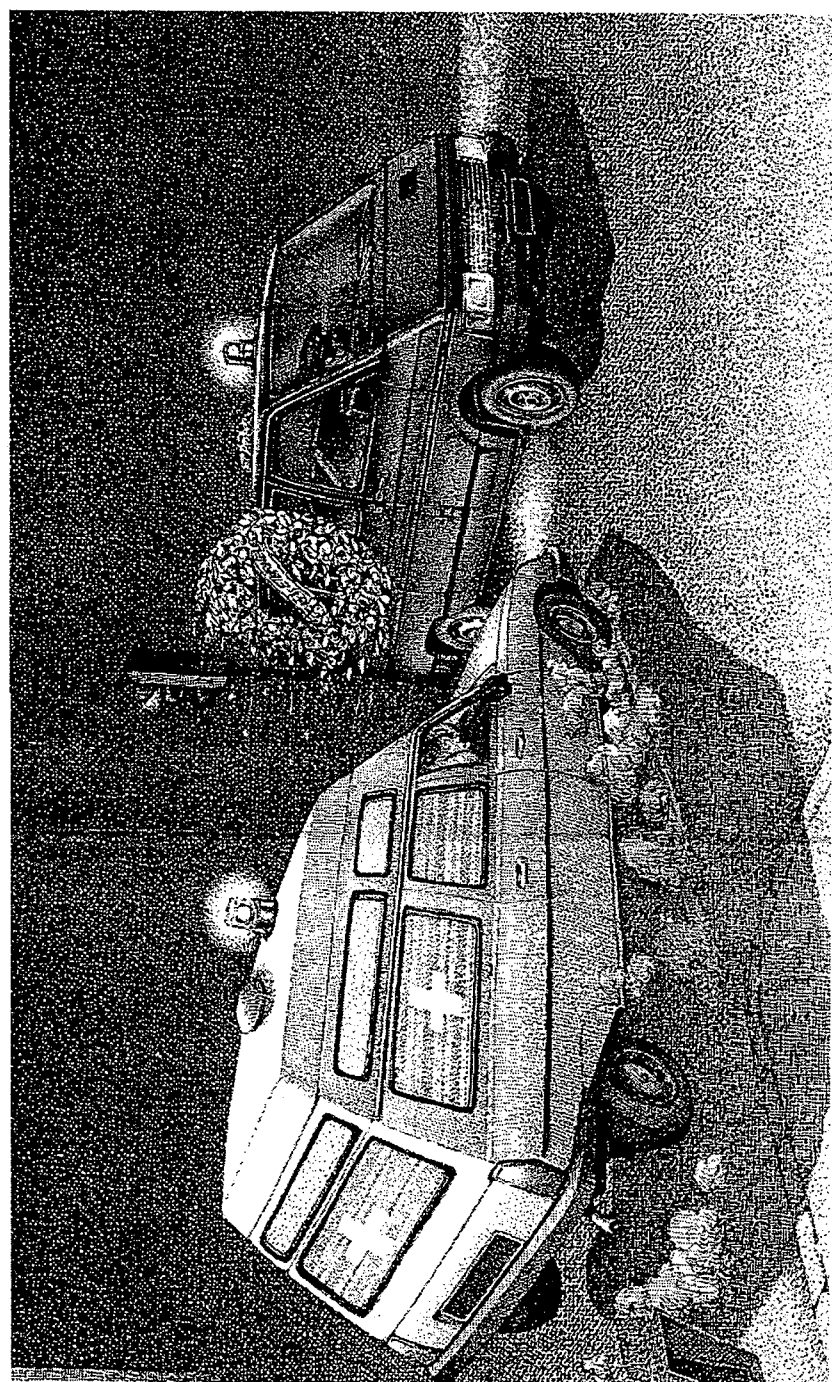
**Dans les équivalents suicidaires chez la personne âgée
"fragile"**

même si la recherche de la mort n'est pas au premier plan, le risque est grand du fait de la rapidité des cascades physiologiques ...

Les états de négligence



- Les refus de soins
- Les refus de traitement ou de régime chez des sujets souffrant de maladies chroniques
- La négligence devant certains symptômes importants justifiant d'un supplément de soins



**Le risque
pour
le médecin
ou pour
la famille :**

**Méconnaître le « symbolisme mortel » de
ces refus et de se laisser convaincre qu'il
est « normal de vouloir être tranquille
pour la fin de ses jours ...**

