

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 1993

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 096918 5

THESE N° 158

# CONDUITES SUICIDAIRES DU SUJET AGE

## THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 1993

par

**Armelle GUEGAN épouse ALTUZARRA**

Née le 27 août 1964 à PAIMPOL (Côtes d'Armor)

### EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEGER  
Monsieur le Professeur DUMONT  
Monsieur le Professeur GAROUX  
Monsieur le Professeur MERLE  
Monsieur le Docteur CLEMENT

Président  
Juge  
Juge  
Juge  
Membre Invité

Ex 2  
Sibil

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

---



ANNEE 1993

THESE N° 58

**CONDUITES SUICIDAIRES DU SUJET AGE**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 1993

par

**Armelle GUEGAN épouse ALTUZARRA**

Née le 27 août 1964 à PAIMPOL (Côtes d'Armor)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEGER  
Monsieur le Professeur DUMONT  
Monsieur le Professeur GAROUX  
Monsieur le Professeur MERLE  
Monsieur le Docteur CLEMENT

Président  
Juge  
Juge  
Juge  
Membre Invité

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

\*\*\*\*\*

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD

ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA  
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

\* PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et informatique médicale
BRETON Jean-Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DARDE Marie-Laure	Parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOIGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie et Imagerie Médicale
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
HUGON Jacques	Histologie, Embryologie, Cytogénétique

LABADIE Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie et Transfusion
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECCOUT Claude	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
PERDRISOT Rémy	Biophysique et traitement de l'image
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépto-Gastro-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
PRALORAN Vincent	Hématologie et transfusion
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
ROUSSEAU Jacques	Radiologie et Imagerie Médicale
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique et Traitement de l'image
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

**A Stéphane,**

**A mes parents,**

**A Goulven, Gildas et Angela, Yveline et Bruno,**

**A toute ma famille,**

**A tous mes amis.**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

**Monsieur le Professeur Jean-Marie LEGER**

Professeur de Psychiatrie d'Adultes à l'Université de Limoges

Psychiatre des Hôpitaux

Chef du Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adultes à Limoges

*Vous nous faites l'honneur de bien vouloir présider cette thèse.*

*Vous nous avez dispensé un enseignement de qualité.*

*Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.*

A NOS JUGES,

**Monsieur le Professeur Daniel DUMONT**

Professeur de Médecine du Travail à l'Université de Limoges

Médecin des Hôpitaux

*Vous nous faites l'honneur et le plaisir d'avoir accepté de compter  
parmi nos juges.*

*Soyez vivement remercié et veuillez trouver ici l'expression de toute  
notre gratitude.*

**Monsieur le Professeur Roger GAROUX**

Professeur de Pédopsychiatrie à l'Université de Limoges

Psychiatre des Hôpitaux

Chef du Service Hospitalo-Universitaire de Pédopsychiatrie à Limoges

*Vous nous faites l'honneur et le plaisir d'avoir accepté de compter  
parmi nos juges.*

*Vous nous avez dispensé un enseignement de qualité.*

*Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.*

**Monsieur le Professeur Louis MERLE**

Professeur de Pharmacologie Clinique à l'Université de Limoges

Médecin des Hôpitaux

*Vous nous faites l'honneur et le plaisir d'avoir accepté de compter  
parmi nos juges.*

*Soyez vivement remercié et veuillez trouver ici l'expression de  
toute notre gratitude.*

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE,

**Monsieur le Docteur Jean-Pierre CLEMENT,**  
Psychiatre des Hôpitaux, Praticien Hospitalier

*Vous avez été à l'origine de ce travail.*

*Vous nous avez fait bénéficier de vos connaissances et de  
votre soutien tout au long de sa réalisation.*

*Recevez toute notre reconnaissance.*

**A Monsieur Francis MARCHAN**

**Psychologue dans le Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie  
du Secteur IV à Limoges**

*Par sa disponibilité et son aide au traitement informatique  
des résultats statistiques de ce travail.*

*"Il y a toujours un trou dans le mur gris de l'hiver  
pour recevoir le plus bel été"*

Jacques PREVERT

## PLAN

	<b>Pages</b>
<b>INTRODUCTION</b>	13
<b>CHAPITRE I</b>	16
<b>A - Définition et historique du suicide</b>	17
1 Définition du suicide	17
2 Le suicide à travers l'histoire	18
<b>B - Statistiques</b>	24
1 Démographie de la population âgée	24
2 Epidémiologie du suicide	26
<b>CHAPITRE II</b>	29
<b>A - Facteurs de risque de la conduite suicidaire chez le sujet âgé</b>	30
1 Le vieillissement	30
2 Isolement et solitude	34
3 Sentiment d'inutilité	36
4 Pertes	37
4.1 Perte du conjoint	37
4.2 Perte des rôles familiaux	37
4.3 Perte de l'activité professionnelle et mise à la retraite	38
5 Les maladies physiques	39
6 Les troubles psychiques	40
<b>B - Psychopathologie</b>	43
1 Signification du passage à l'acte	43
2 Autres modes de réaction	45

<b>C - Les équivalents suicidaires</b>	47
1 Le syndrome de glissement	47
2 Le refus de soins ou de traitement	49
3 Les états régressifs	50
4 Les automutilations	52
5 Les troubles psychosomatiques	53
6 La toxicomanie	54
7 Le suicide focal	55
<b>CHAPITRE III - ETUDE</b>	56
<b>A - Méthodologie</b>	57
1 But de l'étude	57
2 Population et méthode	58
<b>B - Résultats</b>	61
1 Résultats concernant le suicidant	61
1.1 L'âge et le sexe	62
1.2 Le statut matrimonial	63
1.3 Le niveau scolaire	64
1.4 Le statut professionnel	65
1.5 La date de mise à la retraite	66
1.6 Le lieu de vie	66
1.7 Le mode de vie	67
1.8 L'existence d'activités	69
1.9 Le degré d'autonomie	70
1.10 Les antécédents psychiatriques personnels	71
1.11 Les antécédents personnels de tentative de suicide	72
1.12 Les antécédents psychiatriques familiaux	72

1.13 Les antécédents médicaux personnels	73
1.14 Le contexte psychiatrique du suicidant avant le passage à l'acte	74
a) Le trouble dépressif	74
b) Le trouble délirant	75
c) Le raptus anxieux	75
d) L'état confusionnel	75
e) Les troubles cognitifs	76
f) L'abus de toxiques	76
1.15 Les traits de personnalité du suicidant	77
2. Le geste suicidaire	78
2.1 Le moyen utilisé	78
2.2 L'alcoolisation avant le passage à l'acte	81
2.3 La préparation et l'annonce du passage à l'acte	81
2.4 La gravité du geste suicidaire	82
2.5 La date mensuelle de la tentative de suicide	84
2.6 Le lieu de la tentative de suicide	85
2.7 Le caractère événementiel du passage à l'acte	85
2.8 La date anniversaire du deuil du conjoint	85
3. La prise en charge du suicidant	86
3.1 L'appel à des soins	86
3.2 L'hospitalisation	86
3.3 La sortie de l'hôpital	87
<b>C - Discussion</b>	88
1. Les facteurs sociaux	89
1.1 Les facteurs socio-démographiques	89
a) L'âge	89

b) Le sexe	89
c) Le statut matrimonial	89
d) Le niveau socio-professionnel	90
e) Le lieu de vie	90
1.2 Les facteurs socio-environnementaux	92
a) La retraite	92
b) La solitude	92
c) Le degré d'autonomie	93
d) L'influence saisonnière	93
2 Les facteurs médicaux	94
3 Les facteurs psychiques	95
3.1 Les antécédents psychiatriques	95
3.2 Les facteurs psychiatriques	96
a) La dépression	96
b) Les autres troubles	97
4 Les particularités du geste suicidaire	99
4.1 Le moyen utilisé	91
4.2 La gravité du passage à l'acte	100
4.3 Le caractère événementiel de la tentative de suicide	101
5 La prise en charge du suicidant	102
6 Conclusion	103
<b>CHAPITRE IV - MESURES THERAPEUTIQUES ET PREVENTIVES</b>	<b>104</b>
<b>A - Bref historique de la prévention du suicide</b>	<b>105</b>
<b>B - Les trois volets de la prévention</b>	<b>106</b>
1 La prévention primaire	106
1.1 Définitions	106

1.2 Intérêt des études épidémiologiques	107
1.3 Incidence des lois sur la prévention primaire	107
1.4 Maintien des liens sociaux	107
1.5 Préparation à la retraite	108
1.6 Le rôle du médecin	109
2 La prévention secondaire	110
2.1 Définitions	110
2.2 But de la prévention II	110
2.3 Prise en charge du suicidant	111
2.4 Prise en charge de l'entourage	112
3 La prévention tertiaire	114
3.1 Définition	114
3.2 Les échelles d'évaluation	114
3.3 La post-vention	114
a) Traitement du suicidant	114
b) Prise en charge de l'entourage	116
<b>CONCLUSION</b>	<b>118</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>123</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>127</b>

**INTRODUCTION**

Le suicide est un acte humain qui, sous-tendu par des positions morales, religieuses, philosophiques, a été prôné ou condamné selon les cultures et civilisations.

Le suicide se voit à tout âge mais il est particulièrement fréquent chez le sujet âgé. L'augmentation du taux de suicide avec l'âge est démontré dans de nombreux pays et il est classique de parler de conduite spécifique et homogène du sujet âgé.

L'accroissement constant de la population âgée n'est pas seul responsable : il apparaît que le vieillard est exposé de façon particulière au suicide.

Face aux remaniements psychologiques inhérents à l'âge, aux transformations physiques et aux aléas de la vie sociale, le sujet âgé vit une "crise", qu'il peut résoudre par des modifications du comportement débouchant sur un nouvel état d'équilibre. Quand les défenses sont débordées, il ne peut trouver une réponse adaptative et le passage à l'acte permet d'abrèger une souffrance devenue insupportable. Le recours à l'acte mortifère ne témoigne pas toujours d'un désir de mort mais il a valeur d'appel à l'autre.

D'autres comportements, ayant valeur suicidaire évidente, sont utilisés par le sujet âgé, aboutissant à la mort de façon plus progressive et insidieuse. Notre étude se propose d'isoler un certain nombre de facteurs de risque suicidaire chez le sujet âgé. Il est souhaitable de pouvoir déceler les signes annonciateurs de tels comportements afin de les prévenir et d'élaborer des mesures préventives appropriées.

Dans cet esprit, nous avons divisé ce travail en quatre parties.

Dans une première partie, nous étudierons, à travers quelques définitions et un rappel historique, l'évolution des conceptions sur le suicide ainsi que quelques données statistiques.

Dans une deuxième partie, les facteurs de risque suicidaire seront analysés ainsi qu'un essai de compréhension psychopathologique du passage à l'acte. Nous évoquerons de façon brève une autre modalité suicidaire "les équivalents suicidaires" mais ils ne feront pas l'objet de notre enquête.

La troisième partie exposera les résultats de l'étude chez 68 patients hospitalisés, pour tentative de suicide, sur une période d'un an.

Dans une quatrième partie, les mesures thérapeutiques et préventives adaptées seront envisagées.

**CHAPITRE I**

## A - DEFINITION ET HISTORIQUE DU SUICIDE

### 1 DEFINITION DU SUICIDE

Le mot "suicide", créé par l'Abbé DESFONTAINES en 1737, figure pour la première fois dans le supplément du dictionnaire de Trevoux (MORON, 1982). Selon l'étymologie "sui = soi", "caedere = tuer", il signifie le meurtre de soi-même ; c'est l'acte par lequel un homme se donne volontairement la mort. Nous verrons que même si le mot suicide ne date que du 18ème siècle, l'existence du fait est présent depuis de nombreuses civilisations.

## 2 LE SUICIDE A TRAVERS L'HISTOIRE

Le suicide a suscité de nombreuses réactions à travers le temps et les différentes cultures. Plusieurs civilisations ont, au cours de leur histoire, admis puis intégré le suicide dans leurs lois comme un acte légitime.

Dans l'empire Romain, le suicide fut pendant longtemps glorifié sous l'influence de philosophes tels que Sénèque, qui y voyait un geste de liberté de l'homme face à son destin. "Penser à la mort, c'est penser à la liberté" (MORON, 1982). Selon les Romains, la mort est un simple passage vers les enfers.

Beaucoup de personnages de la Rome antique et de la Grèce se sont suicidés : Aristote s'est noyé, Demosthène s'est empoisonné, Sénèque s'est suicidé en disant "Mourir, c'est échapper au danger du mal de vivre". On peut citer aussi Caton, Socrate, Pythagore. La crainte de la souffrance physique était une raison de se tuer chez les Romains alors que les Grecs, stoïciens, n'avaient cette douleur.

. D'après BARLET (1982), "tempestica mora", "mort en temps voulu" est bien adapté au vieillard puisqu'il arrivera tôt ou tard, au cours de sa vie à sa dégradation.

. En Inde, c'est une gloire de prévenir le jour de la mort et les individus se font brûler vivants dès que leur âge ou leur maladie commence à les tourmenter. A leurs yeux, la mort est le déshonneur de la vie ; aussi, ne rendent-ils aucun honneur aux corps qu'a détruits la vieillesse.

Sous l'influence de Brahmanisme, l'homme se suicide "après avoir donné un fils" car l'homme d'un certain âge peut alors être admis, s'il le désire, dans le séjour de Brahma, avec toute une cérémonie rituelle. Il s'agit de la loi de Manon.

. Dans d'autres civilisations, le suicide des vieillards est admis. Dans les tribus guerrières, le vieillard, jugé encombrant et inutile, est laissé de côté.

- Chez les Wisigoths, il existait "la roche des aïeux" du haut de laquelle se jetaient les vieillards.

- Chez les Goths, la mort naturelle du vieillard était une honte ; ils pensaient que ceux qui mouraient de mort naturelle étaient destinés à croupir éternellement dans des antres remplis d'animaux venimeux.

- Les Gaulois et les Huns encourageaient le suicide des personnes âgées, de même chez les peuplades esquimaudes. Le sacrifice de l'ancêtre était une chose admise lors de difficultés de l'existence. Les tribus de nomade écourtaient la vie de leurs vieillards en les abandonnant sur les routes quand les ressources étaient insuffisantes.

. La civilisation chrétienne apporte un frein à cette situation : le suicide considéré comme un péché sera alors condamné par la société. En France, dès l'an 452, le Concile d'Arles, déclara que le suicide était un crime. L'Eglise, garant des lois, condamnait le suicide. Le suicidé ne pouvait recevoir de sépulture chrétienne et ses biens étaient confisqués. Le corps du défunt était levé de son domicile face contre terre et porte fermée : le corps était extrait par un trou aménagé au bas de la porte. Si le suicidant avait échoué dans sa tentative, celui-ci devenait l'objet de lourdes condamnations (amende, galère, châtement corporel) (MORON, 1982).

. La révolution de 1789, à la suite de la décomposition de l'ancien système social ayant engendré une brusque montée de suicides, a aboli toutes ces mesures répressives et a rayé le suicide de la liste des crimes.

De nombreuses polémiques sont alors apparues sur la légitimité du suicide. Des auteurs tels que Voltaire, Montesquieu, Rousseau faisaient du suicide un gage de liberté individuelle (VEDRINNE et coll., 1982).

C'est en 1810 que la législation va distinguer suicidé et meurtrier mais la morale commune continuera à réprouver le suicide (MORON, 1982). Dans toute l'Europe, cette législation sera adoptée alors qu'à New-York, le code pénal de 1881 qualifiait encore de crime le suicide et des peines d'emprisonnement étaient encourues après une tentative de suicide.

A travers le 19ème siècle, à l'époque de la révolution industrielle, le suicide va s'accroître à travers l'Europe entière : en Angleterre, il existait des "clubs de suicide". En Yougoslavie, ces clubs persisteront jusqu'en 1968.

A cette époque, le suicide du vieillard augmente également. Des oeuvres littéraires comme "Le père amable" de Maupassant traiteront du sujet.

. Au 20ème siècle, le taux de suicides continue d'augmenter et de nombreux articles ou oeuvres littéraires lui seront consacrés. Le suicide est souvent condamné. Il peut également être caché par les familles du défunt, qui préfèrent parler d'accident, comme si le suicide était devenu un tabou de la société.

. Plusieurs thèses du suicide sont apparues au 19ème et au 20ème siècle. Chacune d'entre elles développait une théorie du suicide. La première est celle de Durkheim en 1897. L'origine du suicide est dans le défaut d'intégration sociale de l'individu.

. La théorie de Durkheim est déduite d'études statistiques et épidémiologiques de l'époque. Elle distingue 4 types :

- Le suicide égoïste par excès d'individualisation où le sentiment individuel prévaut sur le groupe social.

- Le suicide altruiste par trop forte intégration sociale, qui se rapproche du sacrifice.

- Le suicide anémique par défaut de cohésion sociale lors de conflits.

- Le suicide fataliste par excès de réglementation sociale.

Ces quatre types relèvent de causes sociales, sinon le geste suicidaire est tenu pour pathologique car il n'y a pas de place pour la psychologie (BERRIOS et MOHANNA, 1990). Utilisant la même théorie que Durkheim, Halwachs (cité par REDA, 1983) prétend que le suicide résulte du vide social mais il place le sacrifice hors du suicide.

. En 1821, apparaît la thèse psychiatrique d'Esquirol. Celui-ci affirme : "*Je crois avoir démontré que l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicidés sont aliénés*". Le suicide est un symptôme et Esquirol dissocie l'acte de l'auteur (ESQUIROL cité par REDA, 1983). Plusieurs auteurs tels que FALRET, MAGNAN, CHASLIN, DELMAS, ont défendu cette thèse, mais ce dernier différencie les vrais suicides pathologiques des faux suicides comme l'euthanasie, les suicides éthiques. Delmas affirmait que "*le suicide est l'acte par lequel se donne la mort tout homme lucide qui, pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir en dehors de toute obligation éthique*" (DELMAS cité par REDA, 1983).

. Dans les années 1950, la thèse psychologique de Deshaies apporte une vision plus dynamique au suicide. Selon cet auteur, le suicide délivre le sujet d'un conflit ou apporte la solution à une situation difficile. La maladie mentale n'est pas la seule

condition pour se suicider car le malade, au cours de sa maladie même, n'est enclin au suicide que dans certaines conditions ou situations données. Deshaies (1971) différencie nettement aliéné et suicidé.

. En 1916, la thèse psychanalytique de FREUD situe le suicide en tant qu'homicide manqué. Le moi, opprimé par un surmoi trop rigide, se retourne contre lui-même avec l'agressivité qui, auparavant était dirigée vers l'extérieur (FREUD, cité par REDA, 1983). Cette thèse confirme la thèse d'Esquirol mais lui apporte une nuance : les troubles de l'organisation des pulsions et des défenses sont à l'origine des troubles de la personnalité du suicidé (REDA, 1983).

Ainsi, à travers les civilisations et ces différentes théories, les opinions sur le suicide ont été sous-tendues par des positions morales, religieuses, philosophiques et psychologiques. Dans la thèse de BAECHLER (1975), le suicide n'est pas considéré comme un acte pathologique au sens d'Esquirol mais en tant qu'acte dont la signification est incluse dans l'homme lui-même. Le suicide serait la contre-partie de l'évolution d'une société. L'individu subirait une crise existentielle, peut-être liée au vieillissement par exemple et qui ne trouverait d'issue que dans le passage à l'acte, "*Le suicide désigne tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet*" (BAECHLER, 1975).

. Toutes ces théories sur le suicide se complètent et se limitent à la fois. Elles ont cependant un point commun qui est le "meurtre de soi-même" choisi de façon habituellement consciente.

. Pour terminer ce chapitre, quelques définitions seront précisées :

- *Le suicidé est le sujet dont le geste suicidaire est mortel.*
- *Le suicidant désigne le sujet ayant survécu à son geste.*
- *Le suicidaire signale des risques de recours au suicide.*
- *La tentative de suicide est le passage à l'acte non fatal.*
- *Le suicide entraîne le décès du sujet*
- *La conduite suicidaire englobe l'auto-agressivité et une certaine conscience de la mort.*
- *L'idée de suicide <sup>est</sup> et la conceptualisation de la tendance mortifère avec l'élaboration du projet.*

(CAROLI et VIDON, 1984)

## B - STATISTIQUES

### 1 DEMOGRAPHIE DE LA POPULATION AGEE

Le vieillissement démographique datant du début du siècle, est en progression continue. En 1945, il y avait plus de 4 millions de sujets de plus de 60 ans en France (BOURLIERE, 1982). En 1985, il y en a 10 millions et les prévisions de l'an 2000 annoncent un chiffre de 12 millions. C' est la population des plus de 85 ans qui augmente le plus avec un chiffre avancé de 865000 (CLEMENT et LEGER, 1992). Ce vieillissement est essentiellement dû à deux facteurs : l'accroissement de l'espérance de vie (de 81,1 ans chez la femme et de 72,9 ans chez l'homme) et la baisse du taux de fécondité. Celle-ci explique le nouvel aspect de la carte démographique non plus en pyramide mais en colonne, car le vieillissement se fait par le sommet de la pyramide (du fait du nombre croissant des personnes âgées).

Cette population âgée est surtout féminine. A 75 ans, il y a deux femmes pour un homme et à 90 ans, trois femmes pour un homme (PAILLAT, 1992). Du fait de la surmortalité masculine avec l'âge, il y a, 5 fois plus de veuves que de veufs en 1990 (PAILLAT, 1992). Le rapport de féminisation (c'est-à-dire le rapport des femmes âgées de plus de 65 ans et celui des hommes du même âge) est plus élevé quand on le calcule pour les grands âges, 80, 85 ans et plus.

. La France a été la première population d'Europe à vieillir durablement. En 2025, elle se situera à un niveau moyen derrière le Royaume-Uni, l'Irlande et le Danemark (PAILLAT, 1992). Les pays septentrionaux sont plus vieillis que les pays méridionaux. Même si la tendance au vieillissement se confirme, on notera

l'accélération qui devrait se produire en 2005-2010 dans certains pays comme le Royaume-Uni, le Danemark, l'Irlande. De 1990 à 2025, les prévisions donnent un chiffre de 20,5 millions d'accroissement de la population âgée de la CEE alors que la population totale n'augmente que de 2 millions (PAILLAT, 1992).

En France, certaines zones sont plus vieilles que d'autres : le Limousin (avec l'indice de vieillissement le plus élevé de l'ordre de 26 % de sujets de plus de 65 ans) et la Cornouaille. Ces régions sont très rurales avec une diminution de la fécondité dans les campagnes, l'exode des jeunes générations vers les villes et le retour des citadins retraités dans les campagnes (LEGER et TESSIER, 1988). Certaines zones, telles que les Alpes-Maritimes connaissent ainsi un vieillissement sensible.

En Europe, d'autres régions rurales vieillissent également : la Castille, l'Algarve, la Sicile.

## 2 EPIDEMIOLOGIE DU SUICIDE

En 1980, 12 000 décès par suicide et par an sont comptés en France (ROUILLON, 1987). Le taux de suicide du sujet âgé augmente avec l'âge et ce d'autant plus que l'âge avance. Les premières estimations de ces taux datent des années 70 où 30% des suicidés avaient plus de 65 ans (BOIFFIN, 1982). En 1987, le suicide est trois fois plus élevé chez les personnes âgées de 75 ans à 84 ans que chez les jeunes de 25 à 34 ans et 4,4 fois plus élevé chez les vieillards de plus de 85 ans (ANDRIAN, 1989).

Le suicide devient de plus en plus fréquent à mesure de l'avancée en âge et davantage chez l'homme que chez la femme. En 1980, PHILIPPE et DAVIDSON (1983) confirment la surmortalité par suicide de l'homme et donnent les taux de mortalité par suicide suivants : 32,5 pour l'homme et 11,6 pour la femme (traux par 100 000 habitants et quelque soit l'âge). Ainsi, en 1990, pour un taux moyen de 31,7 pour 100 000 chez les hommes et de 12,5 pur 100 000 chez les femmes, on relève les taux suivants : 92,7 chez les hommes de 75 à 84 ans, 160,3 chez les hommes de plus de 85 ans, 25,8 et 25,0 chez les femmes des mêmes tranches d'âge (HATTON, 1992).

Le suicide représente une faible part des causes de décès du sujet âgé avec un chiffre de 1,6 % à l'âge de 75 ans. Les décès par néoplasie à 75 ans représentent 22,5 % des décès et ceux par troubles circulatoires 40 %. Pour comparaison, le suicide est la deuxième cause de décès chez le jeune (PELICIER, 1987), ou pour certains la troisième cause (après les accidents et les tumeurs) (COURTIOL, 1993).

. Sur le plan International : l'augmentation du taux de suicide avec l'âge est démontrée dans presque tous les pays : aux U.S.A., le risque de suicide augmente également avec l'âge (MCINTOSH, 1985). A mesure que l'on s'élève dans les tranches

d'âge, la France a tendance à se placer à un niveau de plus en plus défavorable parmi les pays de l'Europe. Dans les pays d'Europe du Sud et au Royaume-Uni, cette progression des suicides avec l'âge se fait de façon plus faible (ANDRIAN, 1989).

Au Japon, l'augmentation des suicides du sujet âgé est significative chez la femme. L'oeuvre cinématographique "la ballade de Narayama" relate la coutume ancienne d'abandonner les vieux dans la montagne. Ce rituel se retrouve toujours chez la femme âgée qui se sacrifie dans les régions rurales et pauvres du Japon (ANDRIAN, 1989 ; SHIMUZI, 1990).

En Israël, la population est divisée en trois groupes : les personnes nées en Israël, celles nées en Amérique ou en Europe, celles venues d'Asie ou d'Afrique. Il existe une surreprésentation des suicides du sujet âgé parmi les populations d'Europe et d'Amérique. Ces variations ethniques des taux de suicide des personnes âgées semblent liées au statut social et aux structures familiales. Le sujet âgé, originaire d'Asie ou d'Afrique, fait partie intégrante de l'unité familiale et est moins isolé que celui originaire d'Amérique ou d'Europe (SHICOR et BERGMAN, 1979).

. Sur le plan régional, l'examen de la carte française du suicide du sujet âgé donne un regroupement Nord, Nord-Ouest, Centre. Les Côtes d'Armor, avec un taux de 129 suicides pour 100 000 habitants de plus de 55 ans, sont au premier rang ; viennent ensuite la Manche et la Sarthe. Le taux minimal est retrouvé en Languedoc-Roussillon (MALAVAUD et coll., 1989). Dans la région Nord-Ouest, plusieurs facteurs tels que la solitude, le milieu rural, l'alcoolisme peuvent jouer un rôle. Dans le sud, la cohésion des familles et des générations persistent encore et le sujet âgé garde toujours un rôle d'éducateur des petits (ANDRIAN, 1989).

. Les études des tentatives de suicide, faites à partir d'enquêtes régionales ont des chiffres sous-évalués (PHILIPPE et DAVIDSON, 1983). Les tentatives de suicide

tendent à diminuer avec l'âge. Même si celles-ci sont moins fréquentes que le suicide, elles ne doivent pas être sous-estimées parce qu'elles restent trop nombreuses (CAROLI, 1993). Plusieurs auteurs soulignent le risque de progression des tentatives de suicide des personnes âgées devant l'augmentation continue du nombre de sujets âgés et des besoins médicaux et sociaux (PRITCHARD, 1992 ; MANTON et coll., 1987).

HAMILTON (1986) différencie le suicide décès et la tentative de suicide. En effet, la conception anglosaxonne différencie les deux. STENGEL (cité par HAMILTON), psychiatre viennois émigré en Angleterre fut le premier à faire cette différence et le terme "Parasuicide" apparut avec Kreitman (1977) quelques années plus tard.

De plus en plus d'auteurs s'accordent à penser que le suicide et la tentative de suicide sont deux pathologies fortement liées, que les motivations d'un sujet ayant commis une tentative de suicide peuvent être les mêmes que celles du suicidé, que le risque d'avoir commis une première tentative augmente le risque d'en faire une seconde plus grave et cette fois mortelle (PALLIS et coll., 1984 ; MERRIL et OWENS, 1990). Le risque est d'autant plus vrai que le sujet est âgé et que sa détermination est nette (LINDESAY, 1991).

**CHAPITRE II**

## A - FACTEURS DE RISQUE DE LA CONDUITE SUICIDAIRE CHEZ LE SUJET ÂGE

Les études épidémiologiques ont isolé un certain nombre de facteurs de risque suicidaire chez les personnes âgées (LEVY, 1989). Ces facteurs sont d'ordre médical, social et psychologique et deviennent le support du passage à l'acte.

### 1 LE VIEILLISSEMENT

Le vieillissement par ses transformations et ses conséquences est considéré comme facteur de risque.

Autrefois, le vieillard était considéré comme un personnage estimé auquel on attribuait la sagesse, la prudence et l'intelligence. A Sparte existait la "Gerusia" ou le conseil de 28 gérontes élus par le peuple, pour leur savoir et leur expérience.

Dans les civilisations asiatiques, c'était le plus vieil homme qui gérait la fortune et l'activité des autres membres de la famille (MÜLLER, 1969). Le sujet âgé pouvait conseiller, enseigner, garder la maison, éduquer les petits.

Il représentait la mémoire du groupe tel qu'un livre porteur d'un capital culturel irremplaçable (PELICIER, 1978).

Aujourd'hui, ces usages sont perdus et l'aïeul a perdu son autorité.

Le changement de mentalité des dernières décennies fait que le sujet âgé n'est pas investi, ni reconnu comme la mémoire du groupe. Le vieillard n'est plus apprécié par son savoir (DE BEAUVOIR, 1970). Face à la valorisation de la technicité et du rendement, le sujet âgé n'est plus un modèle et a perdu ses valeurs. Il devient

improductif. CLEMENT et LEGER parlent de gérontocratie agressée et dévaluée (1992). Il n'est plus investi par la société qui valorise beauté, fécondité, prestige et technicité, c'est-à-dire, tout ce qui flatte l'idéal du moi et par conséquent renforce la lignée narcissique du sujet jeune. Les anglosaxons décrivent cette situation précaire du sujet âgé par le terme "agism".

Il y a perte de l'unité familiale avec disparition du "groupe primaire" représenté par la famille et les amis alors que le cadre familial reste l'espace affectif à travers lequel le sujet âgé s'exprime (WERTHEIMER, 1988).

### Le temps

Le temps est également modifié chez le sujet âgé. Il ne s'écoule plus de la même façon. Il est vécu avec appréhension et remise en question de l'intégrité de soi. Il devient destructeur car plus proche de la mort. L'avenir n'existe plus, le présent se réduit et seul le passé garde son importance. Les attentes sont réduites. Or l'attente est à l'origine de notre façon d'éprouver le temps. C'est dans cette "non-attente" que se situent le désinvestissement et les troubles des conduites telles que l'obsessionnalisation et la ritualisation des tâches (BOIFFIN, 1982).

### L'espace

L'espace est également réaménagé avec un cadre constitué d'objets familiers, souvent inutiles mais sécurisants. Ils sont le témoin d'une histoire personnelle et assurent la stabilité. RACAMIER l'appelle le polygone de sustentation psychique parce qu'il apporte l'équilibre (WERTHEIMER, 1988). CATH (cité par BALIER, 1976) parle d'une triade importante chez le sujet âgé :

- le passé et le temps passé
- le corps

- les objets transitionnels.

### Le corps

Le corps fragilisé n'est plus érotisé avec l'âge. Il est désinvesti et dévalorisé. Il est "témoin de la mort proche comme objet inanimé où les représentations affectives ont disparu (LEGER et coll, 1989). Ce corps rappelle que la mort est plus proche BANTMAN (1984), BIANCHI (1982) parlent de "trahison du corps" car l'affaiblissement physique a valeur de blessure narcissique.

Toutes ces modifications sont vécues par le sujet âgé comme autant de blessures narcissiques car entravant l'image de soi (BERTIN et NOEL, 1981). La mort, plus proche, est vécue avec angoisse et PLOTON (1990) parle de "climat de la mort" pour exprimer cet état pesant pour le sujet vieillissant.

- Autrefois, il existait une ritualisation de la mort : le sujet mourait à la maison auprès des siens. Les veillées, le cortège et la cérémonie du deuil codifiaient la mort.

- Actuellement, l'affaiblissement des croyances, la disparition du rituel funéraire et des traditions désocialisent la mort, qui se fait seule le plus souvent (BRISSET, 1988). *"En escamotant le deuil, on escamote la mort, croyant pouvoir ainsi exorciser sa peur"* (BRISSET, 1988). L'adulte jeune, angoissé lui-même par sa propre mort, dénie ce qui la rappelle : la vieillesse. ARIES (1980) parle d'une "pensée sauvage" de la mort dans nos consciences car il devient inconvenant de parler de la mort. L'angoisse de la mort, existant à tout âge, est dissimulée plus facilement chez l'adulte jeune par divers moyens (vie affective intense, échanges relationnels, activités). Chez le vieillard, elle s'installe plus facilement. MAISONDIEU (1987) évoque un second stade du miroir vécu de façon angoissante, à travers lequel le sujet âgé se découvre vieux et proche de la mort. C'est la découverte "d'avoir été" qui précède le "n'être plus" et pour

y faire face, "faire le mort" dans une attitude de repli paraît l'issue possible de même que le passage à l'acte "comme pour maîtriser sa propre mort".

L'équilibre entre investissement et désinvestissement, identité narcissique et mort, définit la dynamique psychologique du sujet âgé. Le déséquilibre de l'une des forces sera à l'origine de la pathologie (BALIER, 1979 ; BIANCHI, 1980). Le sujet âgé a un travail psychique important à faire pour maintenir la continuité de sa vie et maintenir des intérêts jusqu'au bout (BIANCHI, 1980). Ce processus constitue le "travail de vieillir" nécessitant selon BIANCHI (1982), un travail de renoncement et un travail de deuil. Il s'agit du deuil, dans le sens de FREUD (1978), c'est-à-dire détachement et désinvestissement de l'objet pour se diriger vers un nouvel objet ; mais Bianchi parle de "double deuil" car il doit renoncer aux objets mais également renoncer à sa propre identité. L'acceptation de la réalité passe par ce travail du vieillir. Il est rendu difficile en raison de l'accumulation des pertes externes et internes, d'un temps raccourci, d'une plus grande difficulté à réinvestir de nouveaux objets et de la réactivation de l'angoisse de la perte plus fréquente.

## 2 ISOLEMENT ET SOLITUDE

La population âgée est touchée nettement par l'isolement: 25 % des sujets de plus de 65 ans vivent de façon isolée (BOURLIERE, 1982). Cet isolement touche surtout les femmes. En 1980, 54 % des veuves de 65 à 70 ans vivent seules en France ainsi que 70% des plus de 80 ans (PAILLAT, 1992).

L'isolement renvoie à une situation physique souvent rencontrée mais n'amène pas toujours à la solitude (PELICIER, 1986). Les mots anglais correspondants sont "alone" et "lonely". La solitude exprime le sentiment douloureux d'être coupé des autres (TESSIER et LEGER, 1990). Selon SIMEONE (1988), il y a plusieurs solitudes et chacune est vécue intimement en soi. Six (cité par SIMEONE) parlent de solitude passive et active avec la notion que le vide peut être rempli d'où la possibilité de création et de relation avec l'autre. La solitude devient alors bénéfique et source de "maturité créative" (TESSIER et LEGER, 1990). Selon BALIER (1976), tout sujet a une capacité à être seul. Mais, le sujet âgé fragilisé a besoin de l'autre pour combler le "vide relationnel pathologique" débouchant vers la mort.

La solitude résulte de l'abandon de l'autre. Le "mal vieillir" va de l'incapacité à rester seul au rejet de l'autre (Simeone, 1988). La solitude est responsable du passage à l'acte du sujet âgé et elle est considérée comme un facteur suicidogène certain (ALEXOPOULOS, 1991).

De nombreuses conditions d'existence sont propices à engendrer la solitude :

- le célibat,
- le veuvage, la disparition des parents ou amis proches.

Les veufs et les veuves sont considérés comme une population à risque vis à vis des effets nocifs de la solitude (TESSIER et LEGER, 1990). Ceci se manifeste surtout dans l'année qui suit la disparition du conjoint.

- la maladie, le handicap physique engendrent la peur d'être délaissé. Le sujet n'est plus en mesure de choisir ses relations. Il devient dépendant des autres.

- les transplantations, le changement de domicile favorisent l'isolement social.

### 3 SENTIMENT D'INUTILITE

De nombreuses personnes âgées éprouvent ce sentiment et l'expriment à travers des paroles telles que "à quoi bon vivre si longtemps ? à notre âge, il vaut mieux être mort". Certaines personnes âgées se conforment aux souhaits de leur entourage et semblent bien s'adapter aux situations quotidiennes avec passivité. Ces personnes prennent le masque de la sérénité mais leurs paroles expriment le malaise et l'inutilité. Pour mettre fin à cette fausse existence, le sujet âgé passe à l'acte et souvent après son geste, peut même nier sa tentative de suicide et reprendre la vie "comme avant". Ce n'est pas là une conduite hystérique mais une facticité de sa sérénité qui a valeur de défense contre l'angoisse de la régression et de la dépendance (CHARAZAC, 1992). Quand le sujet prend conscience de son inutilité, il tente le suicide pour se défendre contre le risque de dépendance et le risque de mort ; l'acte devient la garantie de son existence (WENZ, 1980). CHARAZAC (1992) fait référence à la description du faux self de WINICOTT, écran artificiel entre le vrai self caché et l'environnement devenu intrusif. La fonction défensive de ce "faux self" apparaît nettement et va permettre d'organiser le passage à l'acte.

## 4 PERTES

Le sujet âgé rencontre de multiples pertes au cours de l'existence.

### 4.1 Perte du conjoint

La disparition du conjoint entraîne un traumatisme sévère qui soumet le sujet au risque de suicide. Ce risque est maximum pendant la première année (GALLAGHER et coll, 1991). Selon DURKHEIM (1991), le veuvage est plus mal supporté par l'homme que la femme. L'auteur avait insisté sur le rôle protecteur de la famille. La femme assure la continuité intergénérationnelle, elle est liée avec plus de force que l'homme à la famille dont elle est issue. Elle reste de ce fait mieux intégrée à son milieu familial.

A mesure de l'avance en âge, la solitude est plus durement ressentie par l'homme et davantage s'il y a un deuil récent ou le départ des enfants (ANDRIAN, 1989).

### 4.2 Perte des rôles familiaux

Après le départ à la retraite, l'équilibre conjugal est modifié car le couple passe à la présence continue. De même, l'inversion des rôles parents enfants quand les enfants prennent en charge leurs parents plus âgés, entrave l'image de soi (BALIER, 1979).

La modification structurale de la famille moderne avec le travail des femmes, le départ des enfants, le départ des grands parents du fait de l'exiguïté des logements, modifie le rôle du sujet âgé. Son rôle n'est plus maintenu au sein de la collectivité. Il n'a plus son rôle d'éducateur de plus petits (MÜLLER, 1969). La disparition de ces rôles familiaux peut laisser place à l'apparition d'un plaisir vécu de façon plus narcissique et individuel (GAROUX et LEGER, 1991).

### 4.3 Perte de l'activité professionnelle et mise à la retraite

La stratification de l'âge en Occident fait du passage à la retraite une étape importante. Elle apporte la perte du rôle social et entraîne dévalorisation et solitude (POROT et HUBER, 1988). Le sujet en perdant son travail, perd un peu du "droit de vivre". Il perd son identité et certains parlent de mort systémique (MÜLLER, 1969). La retraite éprouve le sujet âgé et favorise l'émergence de conduites pathologiques dans certains cas : c'est la marginalisation sociale (BOIFFIN, 1982). Le retraité, qui jusqu'alors s'était investi de son rôle professionnel, se sent dévalorisé. La rupture avec le milieu professionnel entraîne souvent la rupture des liens amicaux. Elle entraîne souvent un changement de résidence parfois volontaire. Ce nouveau cadre de vie, cette absence de relations extérieures rétrécissent l'existence et peuvent conduire à l'ennui et la perte d'intérêt. Le jardin, objet privilégié des jours de repos pendant la vie active, devient une contrainte sans attrait parce qu'il est quotidien (PELICIER et coll., 1977). La retraite apporte également une diminution des ressources financières et plusieurs auteurs considèrent qu'un bas niveau socio-économique augmente le risque de pathologie psychiatrique chez le sujet âgé (ENZEL, 1983 ; MURPHY, 1986). Mais, il n'y a pas qu'une façon péjorative de concevoir la mise à la retraite. Certains réorganisent leur vie en réaménageant le temps et l'espace et s'engagent dans de nouveaux intérêts.

## 5 LES MALADIES PHYSIQUES

Le rôle de la maladie physique du sujet âgé dans le suicide a été démontré. Les maladies entraînent la crainte de souffrir, de n'être plus autonome, de devenir grabataire et d'être confiné dans une chambre d'hôpital (ALEXOPOULOS, 1991). La décompensation psychique face à l'abandon affectif qui découle du déficit est plus déterminante pour le passage à l'acte que l'atteinte elle-même ou la douleur physique (TATAL, 1991). Il y a certainement une relation entre maladie physique et troubles psychiques (TERRA et coll., 1987) mais elle provient peut-être de la perte de l'intégrité corporelle et de l'amputation du champ relationnel qu'elle entraîne.

C'est le cas de l'incidence réactionnelle des infirmités sensorielles, des maladies invalidantes (Lempérière et Julien, 1972 ; Willis, 1987). De nombreux exemples existent comme celui de Montherlant qui se tue pour échapper à la souffrance de devenir aveugle.

La douleur physique peut être à l'origine de passage à l'acte lorsqu'elle devient intolérable ou se prolonge indéfiniment (PEDINIELLI et coll, 1989 ; TSAIN et GAO, 1990).

Le caractère de gravité de la maladie est également à souligner car il augmente de façon très significative le risque de suicide (CHATTON-REITH et coll., 1990). A ce sujet, certains auteurs soulignent l'extrême tolérance de la société face à de tels suicides comme si, face à la pression sociale, il était permis aux gens atteints de cancer ou de maladie grave, de se suicider (HALMITON, 1986).

## 6 LES TROUBLES PSYCHIQUES

Il existe un risque de mortalité suicidaire net chez les malades mentaux (VOGEL et WOLFERSDORF, 1989). La maladie psychique peut être un facteur de risque de suicide mais les deux ne sont pas superposables (DESHAIES, 1971).

### La dépression :

En tant que situation suicidogène incontestable, la dépression mérite d'être développée (CIOMPI, 1970). L'association conduites suicidaires et troubles de l'humeur est connue de longue date si bien que l'un des critères diagnostiques de l'état dépressif majeur du DSM III-R est "idéation ou conduite suicidaire". Elle est souvent rencontrée chez le sujet âgé, jusqu'à 50 % selon certains auteurs (MOAMAÏ, 1988).

L'aspect dynamique et spécifique de la relation dépression vieillissement est soulignée par plusieurs auteurs (NACHT et RACAMIER, 1959 ; LBOVICI, 1979 ; NACHIN, 1985). La perte d'objet en tant qu'objet d'amour, représentée à travers les nombreuses pertes rencontrées au cours de l'existence, existe dans chaque dépression et ravive le deuil premier de la perte de la mère. Ces pertes induisent des pulsions d'agressivité à l'origine de conduites suicidaires (NOEL, 1986).

La symptomatologie dépressive s'installe à bas bruit chez le sujet âgé avec une tristesse, une inhibition, un vide affectif et corporel mais elle est souvent masquée par des plaintes somatiques à travers une problématique du corps (FERRERI et FERRERI, 1982 ; DAR COURT, 1983).

L'état dépressif réactionnel est fréquemment retrouvé, étroitement lié aux circonstances extérieures et le geste suicidaire dépend plus de l'événement situationnel que de la structure de personnalité du sujet (DAR COURT, 1983).

L'état dépressif névrotique est très fréquent également (MOAMAÏ, 1988).

L'état dépressif psychotique est plus rare mais la mélancolie d'involution (décrite par KRAEPLIN en 1896) peut se rencontrer : le risque suicidaire y est élevé et l'anxiété constitue le moteur de la propension suicidaire. Les dépressions masquées sont fréquentes chez le sujet âgé avec prédominance des plaintes somatiques mais réelle souffrance psychique (DARCOURT, 1983).

Enfin, certaines maladies organiques se compliquent d'états dépressifs sévères (la maladie de Parkinson).

La question de l'apparition tardive d'un ou de plusieurs épisodes de dépression majeure devient un problème important de santé publique. Ces états dépressifs tardifs sont responsables de l'augmentation du taux de suicide des sujets de 65 ans et posent des problèmes de clinique particulière car ils sont souvent associés à des troubles somatiques ou des détériorations (ADDONIZIO et ALEXOPOULOS, 1993).

Devant la difficulté diagnostique de l'état dépressif du sujet âgé et du risque suicidaire, certains auteurs (JONES et al., 1990) parlent de l'intérêt de marqueurs biologiques (diminution des SHIAA) pour cerner les sujets âgés à risque suicidaire parmi les sujets dépressifs.

#### Les réactions névrotiques de la sénescence

Le sujet âgé utilise souvent une modalité névrotique face à une situation donnée, associée à des phénomènes dépressifs, régressifs ou hypocondriaques (AKISKAL, 1987).

Ainsi, l'anxiété si souvent rencontrée chez le sujet âgé du fait de la fragilité de l'organisme et de sa moins bonne adaptation, peut générer de véritables phobies et des raptus anxieux hautement suicidogènes, comme le décrivait EY (1950). Ces phobies et états d'angoisse sévères que l'on rencontre chez le sujet âgé, telles que l'agoraphobie, les troubles paniques, peuvent accentuer un état dépressif jusque-là latent et augmenter le risque de conduites suicidaires (LEPINE et coll., 1990 ; JOHNSON et coll., 1990).

Après un traumatisme (une chute), le sujet âgé ressent un sentiment de peur et d'impuissance et va alors présenter des conduites d'évitement. L'agoraphobie sera elle-même source de réduction de l'espace social (LINDESAY, 1991 ; LEMPERIERE, 1992).

### L'hypocondrie

Elle est très fréquemment rencontrée chez le sujet âgé, peut être responsable de véritables conduites suicidaires lors d'émotions intenses (PEDINIELLI et DELAHOUSSE, 1989).

Le risque suicidaire est élevé chez l'hypocondriaque d'autant plus qu'il est dépressif.

L'hypocondrie se caractérise souvent par des plaintes qui portent sur l'existence d'une douleur insupportable et c'est pour échapper à cette douleur que le sujet âgé passe à l'acte (PEDINIELLI et DELAHOUSSE, 1989).

Certains sujets, jusque-là bien équilibrés peuvent, par incapacité d'adaptation au changement, passer à l'acte. C'est le cas de "l'obsessionnel âgé" qui, du fait de son ralentissement psychomoteur, ne peut plus maîtriser l'angoisse par les rituels habituels.

Le sujet âgé narcissique ou hystérique peut aussi basculer dans l'angoisse avec risque de passage à l'acte lorsque l'entourage protecteur disparaît (à la mort du conjoint par exemple). Avec l'âge, l'hystérique utilise moins des phénomènes de conversion mais les symptômes peuvent garder leur variabilité. L'intensité de la souffrance s'attache à la perte, perte de la beauté, de la fécondité, de la jeunesse (CIOMPI, 1970).

## B - PSYCHOPATHOLOGIE

### 1. SIGNIFICATION DU PASSAGE A L'ACTE

Le bilan de vie est nécessaire pour le sujet âgé (BOIFFIN, 1982). C'est la capacité d'avoir une estimation positive de son passé afin de garder une estime de soi suffisante et un équilibre affectif. ROSS (cité par PELICIER, 1987) pense que de bonnes conditions du milieu ou de l'entourage, en évitant le renvoi trop fréquent "d'indices mortifères", permettent l'acceptation du vieillir et du mourir avec détachement. Quand le sujet âgé ne trouve pas de réponse ou d'étai sécurisant, il peut être habité par un sentiment de "désaisissement de soi" face à la réalité douloureuse. La dynamique du geste suicidaire se retrouve ainsi dans les ratés du travail de vieillir (PEDINIELLI et coll, 1985).

BOIFFIN (1982) parle de spécificité et d'homogénéité des conduites suicidaires du sujet âgé en rapportant le phénomène à une situation de crise. Le sujet est soumis à une triple dégradation physique, psychique, sociale et à un isolement relationnel difficilement supportable. Il y a un corps dont il doit "se défaire" (BARLET, 1982).

RINGEL, (cité par SENDBUEHLER, 1979) décrit le syndrome présuicidaire commun à tous les individus et marqué par :

- 1° un rétrécissement situationnel,
- 2° une limitation des relations humaines,
- 3° un amoindrissement du monde des valeurs.

Cet état reflète la structure psychopathologique du sujet. SENDBUEHLER (1979) explique la conduite suicidaire comme la meilleure adaptation possible à une situation vécue comme intolérable. D'autres auteurs expliquent de la même manière la

conduite suicidaire du sujet âgé comme la solution d'une crise existentielle (PÖLDINGER, 1986 ; BATTIN, 1991). Il existe une organisation dynamique du geste suicidaire en fonction des multiples pertes et transformations existentielles (KERKHOF et DELEO, 1991).

La conduite suicidaire a valeur de sens pour celui qui la réalise. Elle revêt un désir d'émettre vers l'autre un message et devient un appel à la compréhension de l'autre pour trouver une solution apaisante (RYNEARSON, 1981). Elle revêt, de façon plus ou moins consciente de sa part, le désir d'émettre à l'autre un signal de détresse. C'est un moyen de communications. Une étude de LESTER et REEVE (1982) sur les écrits des "suicidés âgés" montre que ceux-ci expriment un désir d'abrèger leur souffrance. Il n'y a pas toujours un désir manifeste de mourir. La signification de l'acte mortifère chez le sujet âgé est incertaine avec une ambivalence vie-mort très fréquente.

Ainsi, à travers des événements ou des situations extérieures agissant en tant que facteurs de risque, le sujet âgé vit une crise intérieure. Il juge la situation extérieure intolérable. Ne trouvant pas de réponse adaptative à ces changements, il va alors passer à l'acte.

## 2. AUTRES MODES DE REACTION

Toutes les personnes âgées soumises aux mêmes difficultés d'existence ne passent pas à l'acte.

- Certaines trouvent un équilibre dans de nouveaux investissements pour maintenir des intérêts tout au long de leur vie. On peut voir apparaître des goûts artistiques tels que le goût pour la peinture ou la musique. Ce sont des activités de "sublimation" pour tenter de continuer à jouir de la vie "en échangeant du plaisir pour du sens" (BIANCHI, 1982).

L'entrée dans le troisième âge peut quelquefois devenir une véritable mutation avec des activités et amitiés nouvelles. Il peut s'agir d'un niveau d'adaptation même supérieur à ce qui existait auparavant. Ceci nécessite l'existence d'une personnalité bien structurée. Ces sujets sont capables de vivre leur vieillesse comme quelque chose de réussi.

- D'autres encore s'adaptent à un niveau plus restreint. Ils semblent se désengager et accepter le fait de mourir avec détachement. Ils ont tendance à se résigner en se repliant sur leur passé avec complétude. Ils cherchent le côté agréable de leur condition : se satisfaire d'avoir pu devenir âgés, d'avoir une paix intérieure et la sensation d'achèvement des projets. Ils se surinvestissent de ce qui est déjà connu et familier avec mise à l'écart des autres ou des dangers extérieurs : ils recherchent des intérêts pour leur corps ou pour les objets avec ritualisation de la vie quotidienne. Il n'y a donc pas qu'une façon péjorative de concevoir le vieillissement. A la question "que feriez-vous si vous n'aviez que six mois à vivre ?" La plupart des sujets âgés interrogés répondent qu'ils ne changeraient rien à leurs habitudes (PELICIER, 1978). Ce

détachement témoigne d'une capacité de réorganisation de la vie en fonction de la mort et du temps limité.

HAVIGHUST (cité par MÜLLER, 1969) montre deux attitudes possibles au sujet âgé :

- . le surengagement avec maintien d'une bonne intégration sociale,
- . le désengagement avec acceptation de la mort grâce à des facteurs facilitants tels que la prise de conscience de la limitation de l'avenir et les signes annonciateurs de la mort proche.

- D'autres encore utilisent des comportements mettant en jeu leur vie sans qu'un réel désir de mort soit exprimé. Ces conduites, appelées "équivalents suicidaires" ont une finalité commune à l'auto-destruction.

## C - LES EQUIVALENTS SUICIDAIRES

Le concept "d'équivalent suicidaire" s'applique aux comportements mettant en jeu la vie d'un sujet dont le désir de mourir n'est pas exprimé. L'analyse de ces comportements est imprécise et certains de ces comportements, tels que le syndrome de glissement ou l'état régressif, ne sont pas toujours reconnus comme de véritables équivalents suicidaires.

### 1 LE SYNDROME DE GLISSEMENT

Décrit par CARRIE en 1956, il propose une définition dans sa thèse, pour décrire un "processus d'involution porté à son état le plus complet".

Le sujet cesse volontairement de boire ou de manger. Le tableau clinique va alors se constituer rapidement du fait des conséquences de la déshydratation et de la dénutrition.

Une phase prodromique est décrite avec repli sur soi, mutisme, refus alimentaire, agressivité envers l'entourage. La phase d'état serait le prolongement de la décompensation psychique associée à la décompensation physiologique :

- troubles sphinctériens et rétention d'urine,
- déshydratation, insuffisance rénale,
- confusion mentale.

L'évolution rapide se complique d'infections, d'oedèmes métaboliques, d'escarres, de déshydratation et de néphropathie évolutive. La mort peut survenir en huit jours par défaillance des grandes fonctions vitales. Les troubles psychiques observés peuvent associer des phases d'agitation, de dépression. De véritables états mélancoliques ont été décrits (DELOMIER, 1978).

Ce tableau survient au cours ou au décours d'une pathologie organique (ou même sans réel facteur déclenchant). Il peut également résulter d'un changement de milieu ou de repère, à l'occasion d'une hospitalisation par exemple. Il peut s'agir aussi de facteurs psychologiques, d'isolement affectif qui perturbe l'environnement du sujet âgé. D'autres troubles psychiques peuvent être à l'origine de ce syndrome de glissement: des états dépressifs, des délires d'apparition tardive, des états confuso-oniriques. Ces sujets âgés ont un désintérêt de leur vie et utilisent la maladie somatique ou psychique pour se laisser aller à un comportement suicidaire (BELLOT, 1981). Toute rupture psychique dans la vie du vieillard peut aboutir à ce tableau quand le système de défense ne joue plus son rôle d'adaptation.

ERNST et HENNIAUX (1981) pensent qu'il y a un échec momentané des systèmes de défense et d'adaptation face aux perturbations psycho-affectives et face à un environnement plus difficile à vivre. Selon ces auteurs, le syndrome de glissement regrouperait un ensemble de manifestations psychosomatiques.

Les nombreux modes d'entrée dans ce syndrome de glissement et la multiplicité des causes en font une entité à part, où l'aspect équivalent suicidaire n'est pas toujours mis en avant.

## 2 LE REFUS DE SOINS OU DE TRAITEMENT

Certaines attitudes se retrouvent fréquemment chez les sujets âgés : l'écart d'un régime qu'ils savent pourtant important, l'oubli ou le refus d'un traitement, le refus d'une intervention chirurgicale.

Ces attitudes reflètent un désir de mort bien qu'il ne soit pas exprimé. Ces sujets savent le plus souvent qu'ils mettent leur vie en danger. Ces réactions de négation sont des réactions de refoulement devant la mort comme pour essayer de toucher les limites de leur propre résistance corporelle. Il s'agit bien d'un flirt avec la mort, dont le but final est l'auto-destruction (WOLMARK, 1984).

### 3 LES ETATS REGRESSIFS

L'éthymologie du terme "régression" signifie : faire retour, marcher en arrière. Il résume bien le sens de ces tableaux "abandonniques" rencontrés fréquemment chez le sujet âgé.

L'avance en âge entraîne des modifications psychiques profondes avec un investissement affectif qui tente à refluer de l'extérieur sur la personne propre. La transformation du temps vécu et passé sur le présent, le rétrécissement progressif de l'espace investi à un domaine familial, l'intérêt croissant porté sur le corps propre apparaissant bien relever d'un phénomène de régression (BOIFFIN, 1989). De même, la diminution de l'autonomie physique, la fragilisation interne, l'accroissement de la dépendance vis à vis de l'autre apparaissent encore alimenter la tendance régressive.

Face à cet isolement, l'extérieur, la collectivité paraissent angoissants au sujet âgé. Sa grande crainte reste toujours l'hospitalisation, l'institutionnalisation. Cette situation va accroître encore ses potentialités régressives. La régression est un mécanisme de défense souvent rencontré chez le sujet âgé. Il correspond à une véritable "dévitalisation dépressive" de l'âgé et peut aboutir au décès (TESSIER et GUEGAN, 1993).

J. M. LEGER et coll. (1989) en décrit deux modalités :

- la régression régressive avec réactivation de conflits archaïques et d'angoisse extrême. Elle peut aboutir au mutisme, au gâtisme, au décès.
- la régression au service du moi avec repli sur soi, passivité, traits de caractère obsessionnels.

Ces états mettent en jeu le pronostic vital et aboutissent souvent à la mort. L'interrogation de l'entourage retrouve souvent un incident récent, un conflit avec l'environnement, un traumatisme ayant valeur de blessure narcissique. L'évolution

dépendra de la valeur du support offert par l'entourage ou les soignants, si l'intégrité somatique n'est pas trop atteinte.

Certains auteurs pensent que le mouvement régressif du sujet âgé peut être réparateur lors de situations critiques : le mouvement de repli sert de protection vis à vis de l'extérieur (FERREY et LE GOUES, 1989).

#### 4 LES AUTOMUTILATIONS

Le corps est souvent objet d'attaque chez le sujet âgé confronté à la réalité du vieillissement. Il y a une valeur symbolique de ce corps meurtri : il représente le rejet du corps vieilli et décrépi qui reflète toute la réalité du vieillissement. Les blessures souvent rencontrées se situent aux organes privilégiés tels que l'oeil, le visage. La symétrie est rompue ainsi que l'esthétique si chère à notre civilisation dans laquelle jeunesse et beauté sont des critères de santé.

La peau est un vecteur de communication et d'investissement narcissique. D'après ANZIEU (1985), le "moi-peau" a une double fonction :

- il a valeur d'appel à travers la coupure de la peau offerte à l'autre
- il a valeur de protection. Le trou, constitué par la plaie, montre l'incohérence entre l'extérieur et l'intérieur. La personne n'est plus protégée, ce qui donne d'autant plus de valeur à son appel.

La signification des automutilations n'est pas univoque : elle est une tentative de communication face à une souffrance. Elle peut être un geste sous-tendu par un réel désir de mort (LEGER et coll., 1989).

Les phlébotomies sont considérées comme des actes suicidaires, posant souvent le problème de la dépression sous-jacente (LAXENAIRE, 1984).

Chez le sujet âgé, elles ont un caractère de gravité car le geste, le plus souvent unique et non répété, est agressif. La plaie est profonde et la douleur physique est présente dans le discours du suicidant. Cette plaie est vectrice d'une souffrance profonde (l'adulte jeune ne parle pas de sa douleur mais plutôt de sa plaie).

## 5 LES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

Les processus de somatisation sont fréquemment rencontrés chez le sujet âgé : ils ont une dimension dépressive et peuvent avoir valeur de conduites suicidaires (LEGER et coll, 1989) (BESANCON, 1981). Ils se mettent en place quand les défenses sont débordées. Face à un choc émotionnel tel sujet âgé va réagir par une poussée ulcéreuse ou une douleur angineuse, et par là, mettre sa vie en danger.

L'événement désorganisant est souvent lié à une perte objectale qui vient rompre l'équilibre du sujet (un deuil, une modification de la vie professionnelle ou sociale).

Le processus de somatisation apparaît lorsque le sujet n'est pas capable de trouver une solution satisfaisante. Incapable de puiser dans une vie fantasmatique satisfaisante, sa vie mentale est réduite à un rôle pragmatique et instrumental. Au lieu que la vie mentale prenne en charge l'énergie libidinale pour lui assurer une issue efficace, l'énergie échappe à l'élaboration mentale et va perturber telle ou telle organisation somatique.

## 6 LA TOXICOMANIE

**L'alcoolisme** : il équivaut chez certains sujets âgé à une volonté de mourir. Ces conduites apparaissent comme auto-destructrices. L'alcool apparaît comme un moyen de fuite et de lutter contre la perte objectale (SIMEONE, 1988).

D'autre part, l'alcool contribue à précipiter la déchéance physique et psychique du vieillard en entraînant un vieillissement prématuré des fonctions neuropsychologiques. Il est également à l'origine de troubles du comportement et de troubles caractériels. De véritables suicides alcooliques sont décrits : suicide par pendaison ou défenestration et surtout lors de rechutes par des raptus suicidaires. L'alcoolisme aggrave l'isolement du sujet âgé en favorisant les attitudes de rejet (BOIFFIN, 1982) (FRANCES et coll, 1987).

### **Les abus médicamenteux**

Le sujet âgé consomme beaucoup de médicaments et surtout des tranquillisants. Il a besoin, plus que tout autre, de médication mais son organisme est fragilisé et il a souvent tendance à accroître son auto-médication. Qu'en est-il réellement de cet abus de toxiques ? S'agit-il d'une simple erreur de dosage ou est-ce une réelle intoxication volontaire dans un but suicidaire ?

DESSAUSURE pense qu'il s'agit d'un appel à l'aide face à une situation conflictuelle plus qu'un réel désir de mort (DESSAUSURE, 1989). La peur de la mort peut aboutir à une surconsommation médicamenteuse en elle-même suicidaire par les risques encourus (TESSIER et GUEGAN, 1993).

## 7 LE SUICIDE FOCAL

Cette notion est introduite par MENNINGER : le cerveau de certains sujets déments séniles serait en quelque sorte mis au repos de façon délibérée.

L'état de repli serait alors l'équivalent d'un suicide (MENNINGER cité par VINDREAU et coll, 1987).

Le sujet âgé réalise sa mort proche qui s'impose de façon de plus en plus forte et à mesure de l'avancée en âge, il organise son existence en tenant compte de cette évidence.

Certains réagissent avec angoisse et ont une incapacité à penser à la mort ou à se la représenter : la mort leur est infranchissable. Ils cherchent alors à se leurrer en effaçant tout repère possible dans leur existence constituant un des modes d'entrée dans la démence.

Cette attitude de repli psychique a pour but d'éviter de penser. Le sujet vit dans l'illusion de la toute puissance imaginaire où il croit pouvoir vaincre la mort. Le sujet âgé refuse de se voir et s'efforce de ne plus penser pour préserver son image idéalisée (MAISONDIEU, 1982, 1989). Le suicide représente alors l'élément qui donne sens à son existence.

**CHAPITRE III**

**ETUDE**

## **A - METHODOLOGIE**

### **1 But de l'étude**

L'objectif de ce travail est d'analyser les conduites suicidaires du sujet âgé à partir de l'observation de patients hospitalisés après leur passage à l'acte. L'évaluation des facteurs de risque et l'étude des signes prémonitoires de ces conduites peut permettre de les prévenir.

## 2 Population et méthode

68 patients de plus de 60 ans ont été examinés pendant une période d'un an (mars 1992 - février 1993). Ils ont été hospitalisés par tentative de suicide au Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren ou au Centre Hospitalier Spécialisé Esquirol.

L'âge minimum d'inclusion dans le protocole a été choisi à 60 ans. Il n'y a pas d'âge maximum retenu. Ce seuil de 60 ans a été fixé afin d'étudier l'éventuel impact de mise à la retraite sur la conduite suicidaire.

Chaque patient est vu par un cotateur remplissant un questionnaire qui évalue plusieurs variables sur le suicidant et le geste suicidaire. Concernant le suicidant, sont étudiés :

- l'âge, le sexe, le statut matrimonial,
- le niveau scolaire, le statut socio-professionnel, la date de mise à la retraite,
- le lieu de vie (rural ou urbain)
- le mode de vie : il est demandé au patient s'il vit seul, s'il a un soutien amical ou familial par des visites, s'il se sent isolé,
- l'existence d'activité(s)
- le degré d'autonomie à partir de cinq questions abordant les actes de la vie quotidienne : l'habillement, la toilette, la prise des repas, la marche, la préparation des repas.

Chaque question est cotée 1 s'il existe des difficultés,  
0 quand il n'y en a pas.

Un score total est calculé à partir des cinq réponses :

- 0 quand le sujet n'a aucune difficulté
- 1 quand il a une difficulté
- 5 quand il a les cinq difficultés

- les antécédents psychiatriques personnels, les antécédents personnels de tentative de suicide, les antécédents psychiatriques familiaux.

- les antécédents médicaux personnels suivants :

- . l'invalidation motrice
- . la douleur physique
- . le déficit sensoriel
- . le cancer

Ces quatre pathologies ont été retenues car elles pourraient avoir une incidence sur le geste suicidaire (LEMPERIERE et JULIEN, 1972).

- le contexte psychiatrique avant le passage à l'acte : il est évalué à partir de l'entretien du suicidant après le passage à l'acte, l'entretien éventuel de la famille ou de l'entourage, l'entretien du médecin-traitant.

Il est également appelé "autopsie psychologique du suicidant" (SENDBUEHLER, 1979).

Les troubles sont classés de la façon suivante :

- . dépression quand les troubles de l'humeur prévalent sur d'autres troubles éventuels,
- . délire si le délire prévaut sur les troubles de l'humeur,
- . raptus anxieux
- . état confusionnel
- . troubles cognitifs quand ce sont les troubles majeurs présentés par le sujet,
- . abus de toxiques.

- les traits de personnalité du suicidant quand ils ont pu être repérés.

Le questionnaire aborde également les modalités du geste suicidaire :

- le moyen utilisé
- l'alcoolisation éventuelle avant le passage à l'acte
- la préparation et l'annonce du passage à l'acte,
- la gravité du geste suicidaire selon quatre stades :
  - . peu grave
  - . conséquences somatiques
  - . coma
  - . décès secondaire
- la date (mensuelle) du geste suicidaire
- le lieu de la tentative de suicide (domicile, lieu public)
- le caractère événementiel du passage à l'acte, c'est-à-dire si le passage à l'acte est causé par un événement précédent le geste suicidaire.
- la date anniversaire éventuelle d'un deuil familial ou d'un autre événement.

La prise en charge éventuelle du suicidant est également étudiée :

- l'appel à des soins
- l'hospitalisation du suicidant
- la conduite tenue après l'hospitalisation.

## B - RESULTATS

### 1 Résultats concernant le suicidant

#### 1.1 L'âge et le sexe

Les 68 patients examinés (26 hommes et 42 femmes) ont une moyenne d'âge de 75,1 ans  $\pm$  10,1 (60-94).

La majorité de l'échantillon se situe dans la tranche d'âge de 75 à 84 ans (cf tableau I). Le ration Femme/Homme avoisine 2.

Tableau I : Répartition des suicidants par tranches d'âge et par sexe

âge \ population	60 - 64	65 - 74	75 - 84	85-94
Total = 68	15	19	22	12
Hommes = 26	4	8	10	4
Femmes = 42	11	11	12	8

### 1. 2 Le statut matrimonial

- La majorité des sujets sont veufs (53 %) (cf tableau II).

- Les veuves (26) sont plus nombreuses que les veufs (10) ( $\chi^2 = 5,6$  ;  
 $p = 0,02$ )

- Il y a peu de célibataires et de divorcés, quelque soit le sexe.

- On peut noter que les veufs sont majoritaires au delà de 75 ans :

. 15 sont veufs parmi les 22 patients de 75 à 84 ans de l'échantillon

. 9 sont veufs parmi les 12 patients de plus de 85 ans

(cf Tableau II)

Tableau II : Distribution des hommes et des femmes par âge et selon le statut matrimonial

âge \ Satut marital et sexe	veuf		marié		célibataire		divorcé	
	36 ou 52,9%		26 ou 38,2%		4		2	
	H	F	H	F	H	F	H	F
60 - 64	0	3	3	6	0	1	1	1
65 - 74	1	8	7	2	0	0	0	1
75 - 84	6	9	4	3	0	0	0	0
+ 85	3	6	1	0	0	1	0	1

H = homme

F = femme

### **1.3 Le niveau scolaire**

- 17 patients n'ont pas obtenu de diplôme (dont 15 femmes),

- 47 sont au niveau du CEP ou du CAP,

- 2 ont obtenu le BEPC et 3 le Baccalauréat.

#### 1.4 Le statut professionnel

- Trois catégories socioprofessionnelles sont sur-représentées : ouvrière, employée, profession agricole (cf tableau III).

12 hommes sur les 26 de l'échantillon (46 %) sont ouvriers et 11 des 42 femmes (26 %) sont employées.

- 18 femmes (26 % de la population totale) n'ont pas eu de métier.

Tableau III : Répartition des suicidants selon le métier exercé antérieurement

métier	hommes	femmes	population totale
professions agricoles	5	5	10
artisan, commerçant	1	1	2
cadre supérieur	0	1	1
cadre moyen	2	0	2
employé	6	11	17
ouvrier	12	6	18
sans	0	18	18

### **1.5 La date de mise à la retraite**

Une femme, âgée de 62 ans, couturière est toujours en activité. Le reste de la population est inactif au moment de l'étude :

- 2 patients sont à la retraite dans l'année de l'étude
- 2 patients sont à la retraite depuis un an
- 1 patient est à la retraite depuis deux ans
- 3 patients sont à la retraite depuis trois ans
- 10 patients sont à la retraite depuis cinq ans au moins
- 14 patients sont à la retraite depuis dix ans au moins
- 14 patients ne travaillent plus depuis plus de quinze ans.

### **1.6 Le lieu de vie**

38 patients (56 %) vivent en milieu rural et 30 (44 %) en milieu urbain.

### 1.7 Le mode de vie

Il est établi à partir de trois questions (cf méthodologie).

Les deux premières questions concernent l'isolement objectif du sujet :

- le fait de vivre seul :

- . 28 patients (20 femmes et 8 hommes) vivent seuls
- . 40 patients vivent avec leur conjoint ou leur(s) enfant(s) ou vivent en institution (cf tableau IV)

- le soutien amical ou familial

- . 57 patients estiment avoir un soutien par des visites de leur(s) enfant(s) ou ami(s).
- . 11 patients n'ont aucune visite.

- La troisième question concerne le sentiment d'isolement éprouvé par le suicidant. Il s'agit d'un sentiment éprouvé de façon douloureuse c'est à dire un sentiment de solitude (PELICIER, 1986).

- . 41 patients (30 femmes et 11 hommes) soit 60 % de la population étudiée éprouve ce sentiment d'isolement.
- . 27 patients n'ont pas ce sentiment.

Il n'y a pas de corrélation significative entre :

- le fait de vivre seul et le sexe
- le soutien amical ou familial et le sexe.

Mais il en existe une entre le sentiment de solitude et le sexe ( $\text{Chi}^2 = 5,6$  ;  
P = 0,03)

Autrement dit, les femmes souffrent plus de la solitude que les hommes et elles en souffrent même si elles ne vivent pas seules.

D'autres corrélations, à partir de ces trois questions, ont été étudiées.

Il n'y a pas de corrélation significative entre :

- le fait de vivre seul et celui d'avoir un soutien
- le fait de vivre seul et celui d'éprouver la solitude.

Mais il existe un lien significatif entre le fait d'éprouver la solitude et celui d'avoir un soutien (amical ou familial) ( $P = 0,009$ ).

Autrement dit, les personnes vivant seules n'ont pas pour autant plus de visites que les autres. Le fait de vivre seul ne semble pas accroître le sentiment de solitude.

Mais il apparaît, d'après nos résultats, que les gens souffrant de solitude ont pourtant des visites régulières de leur famille ou ami(s). Plusieurs hypothèses peuvent être formulées :

- C'est parce qu'ils souffrent de solitude que leur entourage les visite plus régulièrement.

- Mais n'est-ce pas ici le constat le plus parfait du sentiment la solitude : ces personnes souffrent intérieurement de ce sentiment de solitude alors qu'elles sont entourées.

Tableau IV : Le mode de vie en fonction du sexe

Mode de vie sexe	vit seul		a un soutien amical ou familial		a un sentiment de solitude	
	oui	non	oui	non	oui	non
Hommes	8	18	22	4	11	15
Femmes	20	22	35	7	30	12

### **1.8 L'existence d'activités**

21 patients (31 %) n'ont aucune activité.

47 patients (69 %) ont au moins une activité (pêche, jardinage, lecture, télé, radio, tricot, jeux de boules ou cartes, sorties en club ou voyage).

### 1.9 Le degré d'autonomie

Le score d'autonomie est calculé de 0 à 5 :

- 51 ont un score à 0
- 7 ont un score à 1
- 4 ont un score à 2
- 3 ont un score à 3
- 1 a un score à 4
- 2 ont un score à 5

51 sujets (75 %) ont donc une très bonne autonomie et 2 sujets ont une mauvaise autonomie.

La fonction pour laquelle les patients ont le plus de difficultés est la marche (13 patients).

(cf tableau V)

Tableau V : Répartition des suicidants selon l'autonomie dans cinq fonctions de la vie quotidienne

Fonction	Difficultés	Pas de difficultés
Habillement	5	63
Toilette	6	62
Prise des repas	5	63
Marche	13	55
Préparation des repas	9	59

### **1.10 Les antécédents psychiatriques personnels**

16 sujets (23 %) ont des antécédents :

- 10 patients sont suivis, par leur médecin-traitant ou psychiatre, pour un état dépressif (4 d'entre eux ont déjà été hospitalisés en Centre Hospitalier Spécialisé),
- 2 patients sont suivis pour troubles anxieux (1 a déjà été hospitalisé)
- 2 patients sont psychotiques (PHC, psychose paranoïaque)
- 1 sujet est éthylique chronique avec dépression secondaire
- 1 sujet est hypocondriaque et est suivi par un psychiatre.

52 sujets (75 %) n'ont pas d'antécédents.

Une remarque peut être faite : au moins 30 des 68 patients de l'étude (44 %) ont un traitement psychotrope.

### **1.11 Les antécédents personnels de tentative de suicide**

12 sujets (17 %) ont déjà eu de tels antécédents, dont 7 d'entre-eux avaient des antécédents psychiatriques et 9 d'entre eux ont fait leur première tentative de suicide après l'âge de 60 ans (les trois autres sujets ont de multiples antécédents de tentative de suicide).

### **1.12 Les antécédents psychiatriques familiaux**

- Ils sont rares. Beaucoup de patients ne savent pas répondre.
- 2 patients ont de tels antécédents psychiatriques familiaux
- 3 patients ont des antécédents de suicide dans leur famille
- 2 patients ont des antécédents de tentative de suicide dans leur famille.

### 1.13 Les antécédents médicaux personnels

30 patients (44 %) ont de tels antécédents :

- 10 ont une maladie invalidante (Parkinson, arthrose)
- 9 ont une douleur (abdominale, coronarienne, post-zostérienne)
- 7 ont un déficit sensoriel (auditif, visuel)
- 4 ont un cancer

Ces pathologies sont le motif de la tentative de suicide pour 23 d'entre eux.

Dans notre population, le rapport du nombre de sujets ayant de telles pathologies somatiques sur le nombre de ceux qui n'en ont pas, est calculé :

Pour la classe d'âge 60-64 ans, il est de 0,3

Pour la classe d'âge 65-74 ans, il est de 0,7

Pour la classe d'âge 75-84 ans, il est de 1

Pour la classe d'âge + 85 ans, il est de 1,2

Les patients ont de plus lourds antécédents somatiques avec l'avancée en âge, et surtout après 85 ans.

#### 1.14 Le contexte psychiatrique du suicidant avant le passage à l'acte

58 patients présentaient un contexte psychiatrique particulier avant le passage à l'acte :

- 34 sujets (50 %) étaient dépressifs (23 femmes, 11 hommes)
- 8 sujets (12 %) étaient délirants
- 7 sujets (10 %) ont présenté un raptus anxieux
- 4 sujets (6 %) avaient des troubles cognitifs
- 3 sujets ont présenté un état confusionnel
- 2 sujets présentaient un abus de benzodiazépines

10 patients (14 %) n'avaient pas de trouble psychiatrique.

#### Description de ces troubles :

##### *a) Le trouble dépressif*

. 23 femmes présentaient un état dépressif avant leur passage à l'acte :

- 3 cas de dépression mélancolique
- 1 cas de dépression chez une personnalité de type Kretschmer
- 10 cas de dépression réactionnelle
- 9 cas de dépression d'ordre névrotique

La notion d'événement déclenchant est retrouvée dans tous les cas (deuil, maladie, isolement...).

9 parmi ces 23 patientes avaient des traits de personnalité anxieuse.

. Parmi les 11 hommes, étaient décrits :

- 6 cas de dépression réactionnelle

- 1 cas de dysthymie
- 1 cas de névrose d'angoisse décompensée sur un mode dépressif

8 parmi ces 11 patients avaient des traits de personnalité anxieuse.

*b) Le trouble délirant*

4 femmes et 4 hommes présentaient un état délirant avant leur passage à l'acte et pour 6 d'entre eux, des troubles secondaires de l'humeur étaient notés :

- 6 cas de délire de persécution
- 2 cas de délire hypochondriaque

*c) Raptus anxieux*

- 7 patients (5 femmes et 2 hommes) sont passés à l'acte dans un état de raptus anxieux
- 6 d'entre eux ont utilisé un moyen radical telles que la défenestration, la noyade
- 3 d'entre eux ont accompli leur geste pour échapper à une douleur insupportable et pour les 4 autres, il n'a pas été retrouvé de facteur déclenchant.

*d) Etat confusionnel*

- 3 patients (2 femmes et 1 homme) présentaient un état confusionnel avant le passage à l'acte. L'un d'entre eux était en état d'ivresse aiguë. Les deux autres présentaient un état confusionnel dans le contexte de solitude insupportable.

*e) Troubles cognitifs*

- 4 patients (2 femmes et 2 hommes) présentaient des troubles cognitifs, évoluant depuis quelques années mais peu accentués.

- Ces 4 patients ont utilisé la pendaison.

- 2 d'entre eux sont éthyliques chroniques.

- Les 2 autres ont agi à la suite d'un événement déclenchant (diminution de la vue pour l'un et survenue d'une néoplasie récente pour l'autre).

*f) Abus de toxiques*

2 patients abusaient de benzodiazépines dans un contexte de solitude mal gérée.

### **1.15 Les traits de personnalité du suicidant**

Il a pu être décrit chez certains patients des traits de personnalité pathologique :

- 21 patients (31 %) ont des traits de personnalité anxieuse
- 14 patients (20 %) ont des traits hystériques avec quête affective, suggestibilité, théâtralisme
- 9 patients ont des traits paranoïaques tels que méfiance, réticence, surestimation de soi, rigidité.

Les autres patients ne présentaient pas de traits de personnalité pathologiques.

## **2 Le geste suicidaire**

### **2.1 Le moyen utilisé**

L'absorption médicamenteuse est majoritaire avec 36 cas (53 %) puis viennent, par ordre décroissant, la pendaison, la défenestration, la noyade, les plaies par arme blanche et par arme à feu, la phlébotomie, l'utilisation de gaz ou toxique.

Il existe des corrélations entre le moyen utilisé et le sexe (cf figure 1). L'absorption médicamenteuse reste majoritaire chez la femme (27 cas, 60 % ;  $\text{Chi}^2 = 5,7$  ;  $p = 0,02$ ) et chez l'homme (9 cas, 34 %).

Si les moyens utilisés sont regroupés en deux grandes classes selon leur aspect radical ou non, on obtient :

- la phlébotomie et l'absorption médicamenteuse comme moyens peu radicaux,
- tous les autres moyens utilisés comme moyens radicaux.

Avec cette dichotomie (cf tableau VI), il apparaît que l'homme utilise plus souvent un moyen radical (16 cas, 62 %) et que la femme l'utilise moins souvent (14 cas, 33 %).

On remarque que l'homme utilise souvent la pendaison (6 cas observés).

Tableau VI : Moyen utilisé (radical ou non) en fonction du sexe

Moyen utilisé Sexe	Moyens peu radicaux	Moyens radicaux
Femmes	28	14
Hommes	10	16

- Moyens peu radicaux : phlébotomie, absorption médicamenteuse
- Moyens radicaux : pendaison, défenestration, noyade, arme à feu, arme blanche, utilisation de toxiques.

Il y a une augmentation de l'utilisation des moyens radicaux avec l'âge et une diminution des moyens peu radicaux (cf tableau VII).

Tableau VII : Le moyen utilisé (radical ou non) par tranches d'âge (résultats donnés en pourcentage)

Tranche d'âge \ Moyen utilisé	60 - 64	65 - 74	75 - 84	+ 85
peu radical	60	73	47	30
radical	40	27	52	72

## **2.2 L'alcoolisation avant le passage à l'acte**

7 patients se sont alcoolisés avec la tentative de suicide.

## **2.3 La préparation et l'annonce du passage à l'acte.**

- 41 patients (60 %) ne l'ont ni préparé, ni annoncé

- 22 patients l'ont préparé. Les moyens utilisés étaient des moyens radicaux pour 19 d'entre eux (pendaison, noyade, plaie par arme à feu...).

- 11 patients ont annoncé leur geste les jours précédents leur acte dont 1 par lettre (adressée à ses enfants).

## 2.4 La gravité du geste suicidaire

Elle est classée selon quatre stades :

- peu grave : 36 cas (52 %)
- conséquences somatiques : 18 cas (26 %)
- coma : 11 cas (16 %)
- décès secondaire : 3 cas

Les conséquences somatiques retrouvées sont des conséquences jugées graves : fractures, luxation, plaies des vaisseaux du cou ou du globe oculaire, surinfections sévères, décompensations métaboliques. Le classement selon la gravité du geste suicidaire peut ainsi être simplifié selon deux stades :

- peu grave : 36 cas (52 %)
- grave (conséquences somatiques + coma + décès secondaire) = 32 cas (47 %)

Certaines corrélations sont intéressantes à étudier :

### - La gravité du geste en fonction du sexe :

- . la femme fait plus souvent une tentative de suicide peu grave (25 cas, 60 %)
- . l'homme fait plus souvent une tentative de suicide grave (14 cas , 54 %)
- . la femme fait plus souvent que l'homme un coma car sur les 11 cas observés, 9 sont des femmes

(cf tableau VIII)

### - La gravité du geste en fonction de l'âge :

La gravité du geste s'accroît avec l'âge et sur tout après 75 ans :

- 6 des 15 patients de 60-64 ans ont fait une tentative de suicide grave
- 8 des 19 " de 65-74 ans " " " " " " "
- 17 des 34 " de plus de 75 ans " " " " " " "

- La gravité du geste en fonction du moyen utilisé

. Les moyens radicaux sont responsables de complications graves (conséquences somatiques, coma, décès secondaire) ( $\text{Chi}^2 = 5,6$  ;  $p = 0,001$ ).

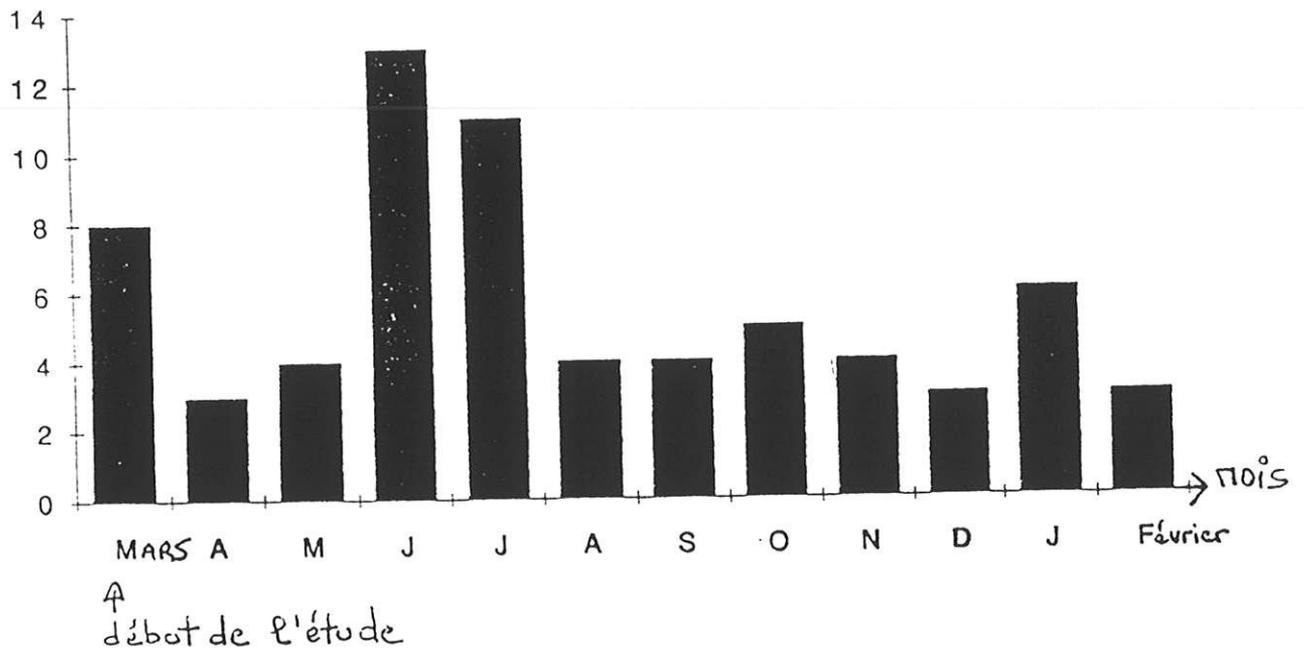
. Les moyens peu radicaux (absorption médicamenteuse, phlébotomie) entraînent des complications peu graves. Quand ils sont responsables de complications plus graves, il s'agit de coma le plus souvent.

Tableau VIII - Gravité de la tentative de suicide selon le sexe

Sexe gravité	Hommes	Femmes
peu grave	12	25
coma	2	9
conséquences somatiques	11	6
décès secondaire	1	2

## 2.5 La date mensuelle de la tentative de suicide

### RÉPARTITION SUR LA PÉRIODE D'ÉTUDE DES TENTATIVES DE SUICIDES OBSERVÉES



Au printemps : 15 tentatives (22 %)

En été : 28 tentatives (41 %)

En automne : 13 tentatives (19 %)

En hiver : 12 tentatives (18 %)

Il n'a pas été possible d'estimer le jour de la semaine ou l'heure dans la journée.

## **2.6 Le lieu de la tentative de suicide**

Elle se fait le plus souvent dans un endroit isolé ou au domicile, et le plus souvent seul.

## **2.7 Le caractère événementiel du passage à l'acte**

53 patients (78 %) estiment avoir agi à la suite d'un événement marquant :

- 23 ont des troubles somatiques récents
- 12 ont perdu leur conjoint(e)
- 9 ont des conflits avec l'entourage (couple, enfant)
- 4 ont mal supporté la mise à la retraite
- 2 ont mal supporté l'entrée en maison de retraite
- 2 ont mal supporté un déménagement récent
- 1 a mal réagi à la suite de l'hospitalisation de son conjoint.

15 patients n'ont pas agi à la suite d'un événement marquant mais 9 d'entre eux ont des troubles psychiatriques.

## **2.8 La date anniversaire du deuil du conjoint**

7 patients ont agi à la date anniversaire de la mort du conjoint ou de son enterrement (5 femmes et 2 hommes).

### **3 La prise en charge du suicidant**

#### **3.1 L'appel à des soins**

Il est fait le plus souvent par la famille, le conjoint ou les enfants (47 cas, 70 %).

Les voisins peuvent aussi intervenir (9 cas).

Il est plus rare que l'appel provienne du suicidé lui-même (2 cas).

Les dix autres modes d'appel des cas de l'échantillon proviennent des institutions où résident les patients.

C'est le médecin généraliste qui est le plus souvent appelé (31 cas, 45 %). Le SAMU est intervenu dans 19 cas (28 %) et les pompiers se sont déplacés dans 17 cas (25 %). Il se peut aussi que le généraliste soit appelé en même temps que les pompiers.

#### **3.2 L'hospitalisation**

- 62 patients (90 %) sont admis au C.H.U. après leurs passage à l'acte dans les services d'urgence ou de réanimation. Ils bénéficient tous d'une consultation psychiatrique (psychiatre de liaison du C.H.U.).

- 10 % des patients sont hospitalisés de façon directe au C.H.S..

- Le psychiatre de liaison du C.H.U. a hospitalisé 40 des 62 patients (64 %) admis en milieu spécialisé psychiatrique (38 dans un C.H.S., 2 en clinique).

Au total, 46 patients (68 %) sont hospitalisés en structure psychiatrique à la suite de leur geste suicidaire (soit de façon directe, soit par transfert du C.H.U.).

Les 22 autres patients, vus par le psychiatre des urgences, restent hospitalisés sur le C.H.U. :

- 16 d'entre eux, par le fait des conséquences somatiques lourdes à la suite de leur geste, sont admis dans un service de médecine, de gériatrie ou de moyen séjour.

- 6 patients sortent après 24 à 48 heures :
  - . 3 femmes qui ont de lourds antécédents d'autolyse, qui ne vivent pas seules et qui sont suivies par le médecin traitant,
  - . 3 hommes qui ne vivent pas seuls et sont aussi suivis par le médecin.

### **3.3 La sortie de l'Hôpital**

- 49 patients (70 %) regagnent les structures habituelles (domicile, foyer-logement, maison de retraite),
- 9 patients sont, au décours de leur geste suicidaire, admis en institution (maison de retraite, foyer-logement),
- 3 patients sont décédés secondairement,
- pour les 7 autres patients, il n'a pas été possible d'établir leur devenir.

## C - DISCUSSION

Les facteurs de risque et les particularités du geste suicidaire du sujet âgé seront analysés à partir des résultats de l'étude, en les comparant aux résultats de la littérature.

Nous aborderons tout d'abord les facteurs de risque à savoir les facteurs sociaux (socio-démographiques et socio-environnementaux), les facteurs médicaux, les facteurs psychiatriques. Puis nous envisagerons quelques particularités du geste suicidaire qui paraissent spécifiques au sujet âgé ainsi que la prise en charge du suicidant âgé.

## 1 Les facteurs sociaux

### 1.1 Les facteurs socio-démographiques

#### *a) L'âge*

Dans notre échantillon, le nombre de suicidants progresse avec l'âge (jusqu'à 85 ans).

L'âge est un facteur de gravité : si les tentatives de suicide diminuent avec l'âge, le suicide, par contre, augmente (MERCIER et coll., 1987).

La morbidité suicidaire augmente fortement chez le sujet âgé et progresse d'autant plus que l'âge avance et que le sujet est de sexe masculin (BOIFFIN, 1982 ; PHILIPPE et DAVIDSON, 1983).

L'homme âgé est bien la "cible fragile" du suicide.

#### *b) Le sexe*

- Dans l'échantillon, il y a deux fois plus de femmes suicidantes que d'hommes.

- Cela confirme les données de la littérature : si l'homme âgé se suicide deux fois plus que la femme âgée, celle-ci fait deux à trois fois plus de tentative de suicide que l'homme (MERCIER et coll., 1987 ; ANDRIAN, 1989).

#### *c) Le statut matrimonial*

Dans l'étude, 53 % des suicidants sont veufs.

La littérature confirme ce résultat : le veuvage est un facteur de risque suicidaire (PHILIPPE et DAVIDSON, 1985).

Les personnes veuves et divorcées sont sur-représentées parmi les tentatives de suicides. Les mêmes tendances se retrouvent dans les deux sexes mais

l'influence du statut matrimonial paraît plus importante pour l'homme que pour la femme. Selon MERCIER et coll. (1987), l'influence du statut matrimonial sur les conduites suicidaires est importante : dans les deux sexes, ce sont les veufs (et les divorcés) qui se suicident le plus. Cette hiérarchie est démontrée significativement dans chaque tranche d'âge : pour les 75 ans et plus, il n'y a que des veufs ou des veuves.

D'après une étude réalisée à Singapour, le statut familial est déterminant pour expliquer l'augmentation des suicides des sujets âgés : ce sont les personnes âgées, veuves, seules et malades qui constituent une population à risque (KUA et KO, 1992).

*d) Le niveau socio-professionnel*

Dans l'étude, trois catégories professionnelles apparaissent prédisposées : ouvrier, employé, profession agricole.

PELICIER (1978) et ANDRIAN (1989) donnent ces mêmes conclusions : le taux de suicide et de tentatives de suicide montre un gradient social connu avec surreprésentation des professions agricoles, ouvriers et employés. Les suicidants âgés connaissent souvent des difficultés professionnelles massives ou un bas niveau socio-professionnel. Les classes sociales privilégiées paraissent mieux immunisées contre le suicide.

*e) Le lieu de vie*

60 % des suicidants de l'étude sont d'origine rurale.

Selon PHILIPPE et DAVIDSON (1983), les tentatives de suicide sont plus fréquentes en milieu urbain alors que le suicide intéresse plutôt le milieu rural. Les auteurs pensent qu'il existe une sous-estimation des suicides dans les agglomérations du fait de certifications différées en raison d'investigations complémentaires demandées par la justice dans les villes où existent des instituts médico-légaux. Cette situation expliquerait les différences d'incidence du suicide entre zones urbaines et zones rurales.

L'étude épidémiologique des conduites suicidaires réalisée en Haute-Vienne en 1986 révèle :

- une fréquence accrue des suicides dans les communes rurales et semi-rurales,
- une surreprésentation urbaine des tentatives de suicide qui sont significativement plus élevées dans la ville de Limoges et les communes de 1000 à 2000 habitants. Les populations de référence sont différentes : les suicidés ont été recensés dans tout le département de la Haute-Vienne et les suicidants sont un sous-groupe de cette population (population du 4ème secteur géographique de psychiatrie adulte du Professeur LEGER).

## 1.2 Les facteurs socio- environnementaux

### *a) La retraite*

Dans l'étude, il n'y a que 4 cas de tentative de suicide où le motif est la mise à la retraite mais la plupart des sujets sont à la retraite depuis plusieurs années.

La mise à la retraite est un facteur suicidogène certain avec démobilisation des rôles, réduction des statuts, désinvestissement du monde extérieur (PELICIER, 1987).

Plusieurs études portant sur les conséquences psychologiques de la mise à la retraite aboutissent à la constatation qu'il ne paraît pas démontré <sup>que</sup> ~~qu'à~~ la retraite soit, plus que d'autres stress, responsable de la survenue de désordres psychologiques (POROT et HUBER, 1988). Mais le vide de l'existence de bon nombre de retraités les amène à polariser leur attention sur leur corps et à créer de véritables états d'angoisse.

### *b) La solitude*

Dans l'étude, 47 % des femmes et 31 % des hommes vivent seuls alors que 71 % des femmes et 42 % des hommes souffrent de la solitude. Il apparaît que les femmes souffrent beaucoup de la solitude même si elles ne vivent pas seules.

La solitude favorise les tentatives de suicide du sujet âgé (GRAUX et coll., 1980 ; AMES, 1991).

L'isolement, par le sentiment de solitude qu'il peut entraîner, est facteur de "désafférentation" et de déracinement affectif à l'origine de conduites suicidaires chez le sujet âgé (BOIFFIN, 1982).

*c) Le degré d'autonomie*

Dans notre étude, 75 % de la population présente une bonne autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

La perte d'autonomie avec les risques de grabatisation, de dépendance vis à vis des autres est vécue comme une blessure narcissique par le sujet âgé. Elle est responsable de passages à l'acte suicidaire : certains se suicident avant d'arriver à ce stade, avant d'avoir une image trop "dégradante" d'eux-mêmes (PELICIER, 1978).

*d) L'influence saisonnière*

Dans l'étude, il existe un pic saisonnier des tentatives de suicide en été et au printemps. Une hypothèse peut être formulée : l'isolement de la population âgée serait-elle accrue en période estivale ?

23 des 41 patients souffrant de la solitude ont agi pendant la période de printemps et d'été.

La littérature donne des résultats variables. Selon MAUDOUX et coll. (1989), il existe des variations saisonnières des tentatives de suicide du sujet âgé avec un pic au printemps et à l'automne et une diminution significative du nombre de suicides en hiver.

Selon PHILIPPE et DAVIDSON (1983), les tentatives de suicide diminuent en été et en automne pour augmenter au printemps.

L'existence d'une poussée printanière du suicide est considérée comme une constante par la plupart des auteurs (MALAVAUD et coll., 1989 ; ROUILLON, 1987).

## 2 Les facteurs médicaux

Plusieurs de nos observations ont montré le rôle des maladies somatiques dans les conduites suicidaires du sujet âgé : 44 % des sujets ont de tels troubles médicaux, qui sont pour la plupart d'entre eux, le motif du passage à l'acte.

CONWELL (1991) recherchant les facteurs précipitants du suicide du sujet âgé, trouve qu'il s'agit d'une maladie physique grave dans 13 cas sur 18 observés.

RICH (1991) montre qu'il y a trois facteurs favorisant le suicide du sujet âgé et ceci, d'autant plus que le sujet est âgé et fragilisé :

- les conflits de séparation
- les difficultés économiques
- les maladies somatiques graves

LEVY (1989) note que la proportion des suicides du sujet âgé greffés sur une maladie physique varie entre 20 % et 70 %.

Le déficit sensoriel également est un facteur de risque suicidaire (LEMPERIERE et JULLIEN, 1972).

De même, la douleur physique peut être à l'origine de conduites suicidaires lorsqu'elle devient intolérable où se prolonge indéfiniment (ANDRIAN, 1989).

L'étude de MALAVAUD et coll. (1989) retrouve également la notion de pathologie organique néoplasique dans 16 % des cas de suicidés âgés.

### **3 Les facteurs psychiatriques**

#### **3.1 Les antécédents psychiatriques**

Dans l'étude, plusieurs éléments peuvent être notés :

- plus de 75 % de la population étudiée n'a pas d'antécédent psychiatrique
- les antécédents psychiatriques familiaux sont rares.

Selon LEMPERIERE et JULLIEN (1972), seul un faible pourcentage de tentatives de suicide du sujet âgé entre dans le cadre de maladies mentales. CAROLI et VIDON (1984), BOIFFIN (1982) concluent de la même façon.

Les dépressions récurrentes brèves, d'individualisation récente, semblent être particulièrement associées aux conduites suicidaires (ANGST, 1992 ; MONGOMERY et coll., 1992). Ces états sont caractérisés par des épisodes dépressifs graves, récidivants et dont la durée est inférieure à deux semaines, en général trois jours (STANER et coll., 1992). Ces sujets âgés pourraient présenter cet état dépressif récurrent qui, apparu de façon tardive, précéderait le passage à l'acte.

### 3.2 Les facteurs psychiatriques

#### *a) La dépression*

Dans l'étude, la dépression apparaît prédominante (50 % des cas).

Dans la littérature, BERSTY et VANDEL (1991) rapportent un chiffre de 15 % de suicides parmi les sujets dépressifs et un chiffre de 60 % de dépressions parmi les suicides.

En Haute-Vienne, des chiffres de 63 % et 100 % de dépression sont rapportés parmi des sujets suicidaires de 70 - 74 ans et de 80 - 84 ans (MERCIER et coll., 1987).

BECK (1991), BOBOLAKIS et SECRET (1990) pensent que l'état dépressif, par le sentiment de désespoir qu'il engendre, est à l'origine de tentative de suicide. De nombreux auteurs insistent sur l'existence de facteurs précipitants dans la genèse de la dépression du sujet âgé (AMIEL - LEBIGRE, 1990 ; FERRERI et coll., 1987 ; KOENIG et coll., 1991 ; LLYOD, 1980).

BALDWIN et JOLLEY (1986) ont noté deux facteurs de mauvais pronostic de la dépression du sujet âgé : le sexe masculin et l'existence d'une maladie physique grave.

L'étude récente PAQUID (DARTIGUES, 1991) démontre qu'il existe une corrélation entre la dépression du sujet âgé et

- la maladie physique
- un événement de vie
- le support social

b) Dans notre étude, il existe d'autres troubles psychiatriques observés à l'origine des conduites suicidaires :

\* 8 états délirants dont six délires de persécution ont été décrits.

Le délire paranoïaque, la P.H.C. peuvent conduire au suicide à l'occasion d'un délire de persécution, d'un état dépressif ou d'un phénomène hallucinatoire (BOIFFIN, 1982). L'existence d'un délire de jalousie tardif est un facteur de risque suicidaire important (SOYKA, 1992).

\* 7 cas de raptus anxieux ont été retrouvés.

L'anxiété peut être génératrice de conduite suicidaire avec l'idée de mort comme seule issue possible (LINDESAY, 1991 ; CHIGNON, 1992).

Les troubles anxieux sont fréquemment à l'origine de passage à l'acte (JOHNSON et coll., 1990) ;

\* Quelques cas avec des troubles cognitifs ou un état confusionnel ont également été retrouvés.

La littérature en parle également : l'état confusionnel peut conduire au suicide, soit au cours d'un raptus anxieux, soit de façon désordonnée ou peu intentionnelle (BOIFFIN, 1982).

Le suicide dans la démence existe mais il est rare (3 %) (COLONNA et coll., 1971). Il nécessite l'intention du sujet qui doit pour ce faire, garder un contact avec la réalité. Il survient donc un début d'évolution (LESCO, 1989). Cette intentionnalité suicidaire est plus souvent retrouvée dans les démences vasculaires où le déficit des fonctions supérieures est électif (LEMPERIERE et JULLIEN, 1972 ; WILLIS, 1987).

\* 2 cas *d'abus médicamenteux* sont aussi décrits.

Ces deux patients ont ingéré des médicaments dans un but suicidaire. Mais l'abus chronique de toxiques n'est-il pas "équivalent suicidaire ?" La frontière entre tentative de suicide et équivalent suicidaire n'est pas toujours nette.

Beaucoup d'intoxications médicamenteuses classées "accidents" se révèlent être des suicides (MURPHY, 1983 ; MALAVAUD et coll. , 1989). Certains toxiques, en levant l'inhibition, peuvent faciliter le passage à l'acte (ALEXOPOULOS, 1991). L'intoxication médicamenteuse peut être une sonnette d'alarme et seul un examen psychiatrique attentif permettra de reconnaître l'affection de base qui en est la cause (DE SAUSSURE et VUILEUMIER, 1989).

#### **4 Les particularités du geste suicidaire**

##### **4.1 Le moyen utilisé**

- Dans l'étude, 53 % des sujets ont utilisé un moyen médicamenteux.

- C'est également ce que conclue l'étude de MERCIER et coll. (1987) avec un chiffre de 79 %.

Les intoxications médicamenteuses volontaires du sujet âgé ne cessent d'augmenter (BENSON et BROODIE, 1975 ; PICHOT et coll., 1990). Actuellement, la consommation des barbituriques diminue et celles des benzodiazépines et analgésiques augmentent (LINDESAY, 1991). Plus de 17 % des utilisateurs de tranquillisants ont plus de 65 ans (SOFRES, 1991) et beaucoup d'auteurs notent la fréquente utilisation de ces médicaments lors du passage à l'acte (ALEXOPOULOS, 1991);

- Dans l'étude, l'homme âgé utilise souvent un moyen radical comme la pendaison (62 % des cas).

- La radicalité est un caractère de spécificité du suicide et des tentatives de suicides du sujet âgé (PELICIER, 1978 ; PHILIPPE et DAVIDSON, 1985 ; MAUDOUX et coll., 1989). SIMON (1989) remarque que le sujet âgé utilise souvent un moyen radical et ceci d'autant plus que sa détermination est nette.

#### 4.2 La gravité du passage à l'acte

- Dans l'étude, 47 % des cas sont jugés graves par leurs conséquences somatiques.

- La plupart des tentatives de suicide du sujet âgé sont jugés par leur gravité et leur léthalité (PEDINIELLI et coll., 1989 ; BOBOLAKIS et SECRET, 1990). Ce caractère de gravité est lié, selon ces auteurs, à l'intentionnalité élevée de la mort.

La gravité de la tentative de suicide du sujet âgé est également liée au moyen utilisé, au caractère préparé et prémédité du geste, à l'âge élevé et à la fragilité de l'organisme (JOHNSON et coll., 1990 ; MCINTOSH, 1985).

La gravité de la tentative de suicide du sujet âgé est aussi liée au risque de récurrence qui se trouve maximum pendant le premier mois suivant la tentative de suicide (PHILIPPE et DAVIDSON, 1985).

GRUENBERG (1985) pense aussi que le fait de faire une première tentative de suicide augmente le risque d'en faire une seconde, cette fois plus grave et mortelle.

### 4.3 Le caractère événementiel de la tentative de suicide

78 % des sujets de l'étude ont agi à la suite d'un événement marquant. Nous avons vu précédemment que de nombreux auteurs ont insisté sur l'existence de facteurs événementiels avant le passage à l'acte (CONWELL, 1991 ; RICH, 1991 ; LEVY, 1989). Ces événements s'intriquent les uns aux autres : une douleur arthrosique peut devenir insupportable depuis le décès du conjoint. La solitude apporte un tel désarroi que le moindre conflit avec l'entourage peut conduire au passage à l'acte.

La date anniversaire de la mort du conjoint ou de son enterrement, est une période à risque chez le sujet âgé. "Le jour de la mort par suicide et celui de l'anniversaire de la mort du conjoint sont liés, chez les sujets de plus de 75 ans" (BARRACLOUGH et SHEPPERD, 1976).

### **5 La prise en charge du suicidant**

Dans l'étude, près de 70 % des suicidants sont hospitalisés en milieu psychiatrique.

La littérature confirme les mêmes conclusions : le suicidant, à la suite d'une tentative de suicide, est hospitalisé en milieu psychiatrique (PHILIPPE et DAVIDSON, 1985).

D'après l'étude de MERCIER et coll. (1987), 26 % sont admis en service de psychiatrie et 91 % ont bénéficié d'une consultation psychiatrique (les suicidants étudiés sont d'âge variable).

## 6 - Conclusion de la discussion

Les facteurs de risque suicidaire chez le sujet âgé sont nombreux et certains apparaissent majeurs à travers notre étude, confirmés par le résultat de la littérature : la solitude et la dépression favorisent toutes deux le risque de passage à l'acte. La maladie physique, par la crainte de la dépendance ou de la douleur qu'elle engendre, est également élément favorisant. Ces facteurs, s'associant les uns aux autres, excluent peu à peu le sujet âgé de l'environnement et favorisent le geste suicidaire.

La plupart des critères de risque suicidaire déjà évalués par les auteurs (LEGER et coll., 1987) ont été retrouvés dans notre étude :

- l'âge élevé,
- le veuvage,
- l'isolement, davantage éprouvé par le sexe féminin,
- la maladie dépressive,
- la maladie physique avec l'handicap, la diminution de l'acuité visuelle ou auditive, la douleur, le cancer.

Par ailleurs, les tentatives de suicide du sujet âgé se caractérisent par leur gravité et l'utilisation de moyen radical, surtout chez l'homme âgé. La gravité est jugée par les nombreuses conséquences somatiques sévères du fait de la moins bonne tolérance de l'organisme fragilisé. L'hospitalisation paraît nécessaire et la plupart des sujets de l'étude (70 %) sont hospitalisés en milieu spécialisé psychiatrique. Même si la tentative a échoué, la récurrence n'est pas négligeable et la gravité de l'acte doit être reconnue comme telle. La Prévention paraît donc nécessaire vu la fragilité physique et psychique du sujet âgé.

**CHAPITRE IV**

**MESURES THERAPEUTIQUES ET PREVENTIVES**

En analysant les facteurs de risque de la tentative de suicide du sujet âgé, il apparaît indispensable de pouvoir synthétiser les mesures préventives adaptées.

#### A - BREF HISTORIQUE DE LA PREVENTION DU SUICIDE

Deux grandes périodes peuvent être distinguées dans l'histoire de la prévention du suicide.

- Avant le 19<sup>ème</sup> siècle, le suicide en tant qu'homicide était sanctionné comme un crime. Le suicidant était enfermé.

- Avec le 19<sup>ème</sup> siècle, le suicide devient le symptôme d'une maladie. C'est la thèse aliéniste d'Esquirol. Le malade était alors interné, c'était le seul moyen de prévention.

A travers l'analyse sociologique de DURKHEIM, la suicidologie s'est engagée dans une perspective épidémiologique et un esprit de description et de classification.

Au 20<sup>ème</sup> siècle, le principal axe de recherche en suicidologie est la prévention, utilisant les nombreuses études épidémiologiques réalisées, dans différents pays sur le suicide et la tentative de suicide.

## **B - LES TROIS VOLETS DE LA PREVENTION**

La prévention concerne de nombreux intervenants. L'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) propose une politique préventive en trois volets et conclut que la seule prévention valable lors de la sénescence est de redonner à l'individu vieillissant sa dignité.

De manière schématique, trois stades dans la prévention sont dégagés (VEDRINNE et SOUBRIER, 1987).

### **1 La prévention primaire**

#### **1.1 Définitions**

- Elle a pour but "d'améliorer la qualité de vie, de réformer les institutions sociales et d'aider la communauté à tolérer une plus grande diversité de modes d'ajustement" (O.M.S.).

- Elle s'attache à entretenir l'hygiène mentale de la population pour laquelle sont concernés tous les professionnels de la santé, les responsables des moyens économiques et sanitaires ainsi que ceux de l'équipement.

- Il s'agit d'une politique de réinsertion sociale du sujet âgé articulée à une prise en charge médicopsychologique (tels que la lutte contre l'alcoolisme, l'abus de toxiques, ou l'amélioration de l'habitat).

## 1.2 Intérêt des études épidémiologiques

- Des travaux épidémiologiques ont repéré des groupes à risque suicidaire élevé : les jeunes, les sujets âgés, les malades mentaux et à partir de questionnaires psychosociologiques soumis aux suicidants, il est possible de connaître des facteurs de risque parmi ces populations.

Aux Pays-Bas, il existe une utilisation des médias pour présenter le résultat de telles enquêtes épidémiologiques et le programme de prévention (KERKHOF et DELEO, 1991).

A l'avenir, devant la continuelle augmentation du nombre de personnes âgées et de ses besoins médicaux et sociaux, les systèmes de santé devront répondre à de nouveaux besoins de santé (WILLIS, 1987). Vers l'an 1995, les personnes de plus de 75 ans, ayant une perte d'autonomie, seront en France environ 10 000 et parmi elles, 2000 grabataires nécessiteront des soins lourds et coûteux (BRUN, 1990). Beaucoup réclament une "coordination internationale" en matière de mesures en faveur du vieillissement et de la vieillesse.

## 1.3 Incidence des lois sur la prévention primaire

L'incidence des lois a également permis de diminuer le suicide. Ainsi une mesure comme la détoxification du gaz domestique a entraîné des effets bénéfiques (ROUILLON, 1987). La loi du 31 décembre 1987 a introduit un nouveau délit dans le code pénal : la provocation au suicide. Mais l'impact de cette loi est peu significatif chez le sujet âgé.

## 1.4 Maintien des liens sociaux

A partir des statistiques de mortalité par suicide dans le Centre de la France, BRUN (1990) note le indicateurs de besoins sociaux des personnes âgées. Dans les

zones rurales pauvres du Centre, les individus ont un attachement à la terre qui représente leur unique richesse. Ils adoptent alors pour la conserver un comportement individualiste. Il est démontré, que dans ces mêmes zones, que la plupart des personnes âgées souffrent de solitude et qu'elles se suicident très fréquemment. BRUN pense qu'une politique de revitalisation de ces individus pourrait les mobiliser. Cette politique serait axée sur le maintien des liens sociaux.

Il s'agit donc d'un besoin de création du tissu social. Ce travail consiste à dynamiser la population âgée en la stimulant aux tâches actives et en maintenant son expérience acquise. LEGER parle de recréer "une qualité de vie" en maintenant un rôle social, en permettant l'investissement de responsabilités, en réduisant les handicaps, en favorisant le dialogue et les rencontres par la réanimation de la vie de quartier ou la création de clubs.

Au niveau du corps, ce travail de stimulation existe également en favorisant l'image narcissique, en créant de nouveaux plaisirs et en verbalisant le vécu corporel avec des techniques telles que l'esthétique, la coiffure (DEDIEU-ANGLADE, 1981). Elles favorisent un vécu positif du corps chez le sujet âgé, en permettant une communication par l'expression corporelle.

Les techniques artistiques telles que le dessin, la peinture, la sculpture appellent à la créativité et l'imaginaire. Elles permettent par là, de prolonger la vie psychique et de l'agrémenter (WINICOTT, 1975).

### **1.5 Préparation à la retraite**

La prévention primaire concerne également la préparation à la retraite. La notion "d'âge de la retraite" est péjorative car elle maintient le sujet retraité dans une zone d'inactivité. Il convient mieux de préparer une retraite progressive avec alternance par des loisirs, l'éducation et l'université du temps libre.

### 1.6 Rôle du médecin

Enfin, le rôle du médecin apparaît primordial afin de pouvoir déceler chez son patient, tel ou tel signe de souffrance psychologique. Il doit aussi reconnaître une situation conflictuelle entre le sujet âgé et son entourage même si elle n'est pas évoquée par le patient. Il peut maintenir un équilibre relationnel par des consultations de soutien ou des visites à domicile, lors d'événements douloureux tels qu'un deuil, une maladie....

En Chine, un système de protection des personnes âgées est créé afin d'éviter le suicide. Il est établi par une équipe de médecins gériatres ayant étudié les facteurs de risque suicidaire chez le sujet âgé. Les soins offerts s'organisent autour d'une écoute des troubles psychologiques du sujet âgé et des relations avec l'entourage et/ou la famille : amélioration des conditions de vie à domicile en permettant des liens sociaux et le maintien d'activités, amélioration des conditions d'hospitalisation (TSAI et GAO, 1990).

Ainsi le mode d'appréhension du phénomène suicide peut se faire à plusieurs niveaux collectif et individuel, nécessitant la collaboration des différents intervenants tels que le médecin, le psychologue, l'assistante sociale, l'infirmière....

## **2 La prévention secondaire**

### **2.1 Définitions**

Elle "s'occupe du dépistage actif, de l'aide à apporter aux individus et aux familles pour atténuer l'effet du stress et de l'anticipation sur les sous-groupes vulnérables de la communauté" (O.M. S.).

Il s'agit d'une prévention-intervention reposant sur des structures où l'accent est mis sur l'accueil et l'écoute. Le praticien joue là encore un rôle important.

En Angleterre, de tels centres d'accueil (les Samaritains) existent depuis quelques années. En France, plusieurs associations du même type existent (SOS Amitié). Mais ces organismes veulent se situer à un stade antérieur au processus suicidaire et se donnent une action sociale.

### **2.2 But de la prévention secondaire**

La prévention secondaire s'occupe de la prise en charge du suicidant mais l'intervention doit-elle être systématique ? Doit-on sauver une personne qui désire mourir ? Certains discours prônent le choix libre et volontaire de mourir, le "droit au suicide", mais le suicidant est-il réellement libre de son choix ? (VEDRINNE et SOUBRIER, 1987). D'après l'étymologie du mot "prévention" : "aller au devant", il paraît nécessaire de pouvoir répondre à une situation de crise, par l'existence de structures d'accueil. C'est la réponse à l'appel du suicidant plus qu'à l'acte lui-même.

Entre le "rien à faire" et le "tout est possible", il y a place pour une approche préventive et thérapeutique cohérente pour la compréhension des phénomènes suicidaires (VEDRINNE et SOUBRIER, 1987).

### 2.3 Prise en charge du suicidant

La prévention du suicide doit tenir compte de la signification du passage à l'acte en rétablissant le contact avec le suicidant (QUIDU, 1983).

- Le rôle du praticien joue un rôle important. Le généraliste est souvent le premier alerté (RICHARDSON et coll., 1989).

- L'hospitalisation en urgence du suicidant est utile même si le pronostic vital n'est pas en cause bien que le sujet âgé puisse faire des complications somatiques plus fréquentes, à la suite de son geste. Elle permet une surveillance clinique, biologique, sachant que le geste suicidaire du sujet âgé se caractérise par la gravité des moyens employés et par les conséquences somatiques graves.

- La plupart des auteurs s'accordent pour l'hospitalisation des suicidants à condition qu'elle soit de courte durée (QUIDU, 1983). Mais, ce n'est qu'avec la consultation psychiatrique que les implications psycho-affectives du suicide sont prises en considération amorçant la prévention de la récurrence (QUIDU, 1983). La consultation permet l'approche du suicidant pendant la crise. Elle permet d'établir le contact avec le sujet. Elle a pour objectif de comprendre la signification du désir de mort du suicidant dans son histoire personnelle et dans le contexte de sa personnalité.

CATELL (1988) souligne également l'importance de la prise en charge psychologique du sujet vieillissant ainsi que celle de la famille. Ceci évite des conflits et d'éventuels nouveaux passages à l'acte. Selon l'auteur, le psychogériatre peut apporter un tel soutien car il reste à l'écoute, non seulement des plaintes physiques mais aussi des plaintes psychiques.

PEDINIELLI et coll. (1985) notent l'existence de difficultés relationnelles de la part du médecin face à son patient. Le médecin se projette facilement dans l'avenir face au discours du suicidant et ressent l'angoisse de sa propre mort.

L'auteur parle de "préjugé de gravité" en décrivant une réaction de défense utilisée par le médecin se sentant impuissant face à l'angoisse de son patient.

- Il existe un intérêt thérapeutique à voir rapidement le suicidant dans le cadre d'une consultation psychiatrique. En effet, cette première approche permet de montrer au sujet âgé suicidant, l'intérêt qui lui est porté et la capacité d'écoute qui lui est offerte.

Une relation transférentielle se noue avec le psychiatre dans ce climat de tension, où la parole est libre. Le patient accepte alors bien la prise en charge spécialisée ultérieure (ou la demande lui-même) (SARRO et DE LA CRUZ, 1989).

#### 2.4 Prise en charge de l'entourage

Le Centre d'Accueil d'Urgence permet également l'entretien de la famille : il permet de comprendre l'impact de la tentative de suicide sur l'entourage. Les réactions de la famille et/ou de l'entourage peuvent être diverses :

- ce sont parfois de véritables états de sidération,
- c'est parfois un sentiment de honte et la famille se désolidarise du suicidant,
- c'est aussi un déni du passage à l'acte (tabou familial)
- ce sont souvent des réactions de culpabilité. Derrière la douleur de la perte se profile l'impression que cette mort aurait pu être évitée. Certains proches cherchent alors à transférer leur culpabilité sur un éventuel responsable et à trouver une explication au geste.

- Les réactions de la famille témoignent de l'existence d'une rupture, d'une incommunicabilité avec le suicidant.

Le praticien a un rôle primordial à ce niveau pour créer une démarche thérapeutique active avec le suicidant et sa famille afin d'aborder le sens de l'acte suicidaire (TILMANS, 1987).

Il permettra aussi à l'entourage de gérer ces sentiments pénibles et douloureux de culpabilité.

Ce travail du praticien est l'objet de la prévention tertiaire.

### **3 La prévention tertiaire**

#### **3.1 Définition**

Elle "cherche à réduire le nombre de rechutes et récidives et s'efforce de prévenir la chronicité des troubles" (O.M.S.).

#### **3.2 Les échelles d'évaluation**

La prévention tertiaire peut utiliser des échelles d'évaluation du risque de récidive. Elle repose sur la prise en charge à apporter au suicidant pour éviter une telle récidive (ROUILLON, 1987).

DYER ET KREITMANN (1984) montrent l'importance du "désespoir" comme le meilleur indicateur de l'intention suicidaire. Plusieurs échelles d'évaluation du risque de récidive existent : elles sont sensibles mais pas spécifiques. Une échelle de désespoir est réalisée par BECK et coll. (1990), à l'issue d'une psychothérapie à long terme de 50 patients déprimés. BECK pense que la préoccupation suicidaire est liée à la conceptualisation de la situation par le patient comme désespérée (BECK cité par BOBOLAKIS et SECRET, 1990).

#### **3.3 La post-vention**

- Le terme de "post-vention", selon SCHNEIDMAN désigne la prévention de la récidive suicidaire par la prise en charge du suicidant ainsi que celle de l'entourage. Ceci est mis en place afin de rompre un processus conduisant à la répétition du geste.

a) Cette prévention commence par le *traitement du suicidant* :

Il s'agit pour chaque cas individuel de trouver le meilleur moyen pour rompre l'isolement affectif et rétablir une communication adaptée. Le suicidant pourra bénéficier :

- *d'une chimiothérapie adaptée* (en évitant l'abus de toxiques, pouvant eux-mêmes être utilisés à des fins suicidaires ou être toxiques) (RICH et coll, 1986 ; MERLE et NICOT, 1985).

- *d'une hospitalisation en milieu psychiatrique éventuelle.* Selon ALEXOPOULOS (1991), l'hospitalisation totale du sujet âgé suicidaire n'est pas un bon moyen, de même que le placement en maison de retraite du fait du risque de dépendance.

- *L'hospitalisation de jour psychogériatrique* paraît une méthode efficace pour diminuer le risque de récurrences (CATELL, 1988). Elle maintient le sujet dans son environnement familial tout en luttant contre l'isolement et en permettant un soutien psychologique.

- *Les psychothérapies de soutien.* De nombreux auteurs pensent qu'elles sont très utiles au sujet âgé ayant réalisé une tentative de suicide (MALSBERG et coll., 1991 ; ALEXOPOULOS, 1991). Elles leur permettent de conserver une bonne image d'eux-mêmes malgré les difficultés inhérentes à l'âge et malgré le passage à l'acte.

Ces dernières années, de nouvelles théories cognitivistes ont recherché les "caractéristiques cognitives spécifiques des suicidants" afin de développer une thérapie cognitive spécifique sur les suicidants. Le profil de tels sujets serait une grande rigidité, une pensée dichotomique et négative d'eux-mêmes, une inefficacité

dans la résolution de problèmes. Ces méthodes semblent améliorer nettement les patients suicidaires (BOBOLAKIS et SECRET, 1990).

- Dans d'autres cas, il sera proposé au sujet âgé suicidant *d'autres systèmes de lutte contre l'isolement* en favorisant le plus possible le maintien à domicile :

- . soins à domicile
- . garde à domicile
- . repas à domicile
- . amélioration de l'habitat
- . aide ménagère
- . services de transport
- . chaînes téléphoniques (bien développées aux U.S.A.).

- Dans d'autres cas, le soutien social et médical sera accentué *dans les structures d'hébergement* (maison de retraite, foyers-logement).

Des consultations psychologiques régulières, des aides sociales permettront de recréer une vie au sein de ces collectivités et d'offrir un soutien psychologique à ces sujets (ABRAMS et coll., 1988 ; BENSON et BRODIE, 1975).

Les différents intervenants doivent coordonner leurs actions pour avoir un objectif commun à savoir maintenir "la qualité de vie" des sujets âgés.

b) La post-vention signifie non seulement *la prise en charge* du suicidant mais également *celle de son entourage*.

Lors du passage à l'acte, la parole n'a pas été possible ni du côté du suicidant, ni du côté de l'entourage qui n'a rien vu, ni rien compris. Face à la non communication du suicidant existe la banalisation ou la culpabilité de l'entourage. Le

travail du thérapeute consiste à réintroduire la communication au sein de la famille afin de la déculpabiliser. Le sens du passage à l'acte sera ainsi abordé en renouant un lien entre le suicidant et sa famille : les enfants du suicidant âgé vivent ainsi en miroir ce que le leur a vécu avant le passage à l'acte. Ce processus d'identification au suicidant âgé est d'autant plus facile que les enfants eux-mêmes approchent d'un âge vieillissant et donc connaissent ou pressentent les difficultés existentielles de leur aîné. Ils projettent leur propre angoisse de la mort. En s'appropriant ainsi les "événements" du suicidant, ils permettent un travail de "l'après-tentative" partagé (OUALID, 1990).

D'après le travail effectué sur une période d'un an, l'équipe du Docteur OUALID (1990) a réalisé un bilan de la "post-vention". Elle a permis de diminuer les tentatives de suicide et les hospitalisations. L'entretien familial (à raison de trois sur une durée d'un mois) a favorisé l'abord individuel ultérieur du suicidant.

**CONCLUSION**

En France, le taux de suicide du sujet âgé ne cesse de croître et c'est après 75 ans qu'il est le plus élevé. Ce phénomène se retrouve dans de nombreux pays (Europe, U.S.A., Japon, Chine) alors que dans d'autres pays (Afrique), il n'est pas noté. Ces variations ethniques du taux de suicide des personnes âgées semblent liées au statut social et familial et méritent d'être développées.

La France est également la première population d'Europe à vieillir et c'est le groupe des plus de 85 ans qui augmente le plus vite.

Le suicide devient de plus en plus important au fur et à mesure de l'avance en âge. Il ne constitue pourtant qu'une proportion minime des décès à cette époque de la vie. Cette situation explique le peu d'intérêt porté à ce comportement. La mort paraît plus naturelle quand il s'agit de celle d'une personne âgée. Pourtant si certaines de celles-ci souffrent au point d'avancer la date de départ, nous devons nous en inquiéter.

De nombreux auteurs pensent que le suicide et la tentative de suicide sont fortement liées et que les motivations du suicidant peuvent être les mêmes que celles du suicidé. Cette donnée conduit à penser que l'étude des facteurs de risque à partir d'une population de suicidants est une stratégie préventive adaptée. Cette évaluation clinique individuelle, bien que subjective, est le préalable indispensable à toute action préventive.

Le vieillissement, par ses transformations physiques et psychologiques, est vécu par le sujet âgé comme une blessure narcissique qui entrave l'image qu'il a de lui-même. L'acceptation de la réalité passe par un travail de renoncement, renoncement d'objet et de sa propre identité. Le sujet âgé, au cours de son existence, a accumulé de nombreuses pertes (proches, travail, rôle familial) qui sont propices à engendrer la solitude et le sentiment d'inutilité.

Il a subi également de nombreuses dégradations physiques, avec parfois altération importante conduisant à l'invalidité et à la dépendance redoutée.

Il peut aussi présenter des troubles psychoaffectifs très variables dont l'état dépressif fréquemment retrouvé.

La signification de l'acte suicidaire est le constat d'un échec par un individu incapable de trouver seul, une solution à une situation d'existence difficile à vivre. La réaction suicidaire du sujet âgé exprime une forte détermination.

D'autres comportements, plus insidieux et ressemblant à des "équivalents suicidaires" peuvent être utilisés pour aboutir à la mort de façon plus lente.

Notre étude, réalisée sur 68 patients hospitalisés après leur geste suicidaire, a isolé plusieurs facteurs de risque.

L'âge est un facteur de gravité et la morbidité suicidaire progresse d'autant plus que l'âge avance. Le sujet âgé apparaît bien être "la cible" du suicide.

L'influence du statut matrimonial est noté car les veufs sont majoritaires dans les deux sexes.

Il existe un gradient social avec surreprésentation des professions agricole, ouvrière, employée.

Il existe aussi un pic saisonnier au printemps et en été. L'isolement de nos patients paraît accrue en période estivale.

Notre population suicidante est plutôt d'origine rurale mais l'échantillon n'est pas forcément représentatif de la population de la Haute-Vienne.

La bonne autonomie de nos patients paraît surprenante mais elle leur a permis d'accéder et de réaliser le passage à l'acte, et d'échapper peut-être au stade de la grabatisation.

Il ne paraît pas démontré que la retraite soit un facteur de risque suicidaire : notre population était souvent trop éloignée de l'âge de la retraite.

Certains facteurs apparaissent majeurs à travers notre étude : la solitude, la dépression, la maladie physique.

La solitude accroît le sentiment de vide et d'abandon des autres. Elle est propice à la souffrance chez le vieillard du fait de la défaillance de ses capacités d'adaptation.

La maladie physique engendre douleur, perte de l'intégrité corporelle, dépendance, infirmité. Elle aggrave la peur d'être délaissée et est aussi facteur dépressogène. Certaines affections semblent générer un risque de suicide élevé : les maladies douloureuses, invalidantes, les troubles de l'acuité sensorielle, le cancer.

La maladie mentale est aussi responsable de conduites suicidaires bien que nos suicidants âgés n'aient pas de véritables antécédents psychiatriques. En effet, les troubles observés sont fréquemment des états dépressifs, pouvant apparaître de façon tardive et de durée variable. Ces états dépressifs avec conduite suicidaire pourraient être rapprochés des dépressions brèves récurrentes d'individualisation récente.

Les troubles anxieux sont également fréquents : les phobies, l'agoraphobie s'installant souvent après un accident de santé. L'expérience de la maladie physique entraîne un sentiment d'insécurité d'où naît l'anticipation anxieuse et le risque de passage à l'acte.

Les délires tardifs avec réaction dépressive secondaire sont aussi responsables de passages à l'acte.

Ainsi l'expérience de la maladie, physique ou psychique, met l'homme face à un destin solitaire. Le sujet âgé subit cette situation renforcée par l'image négative de la vieillesse qu'il se renvoie à lui-même.

Les événements de vie (décès d'un proche, déménagement, rupture de liens sociaux) jouent là encore un rôle néfaste. Conscient de sa dégradation et écarté des autres, le sujet âgé est ainsi amené au suicide.

Le procédé utilisé est souvent l'intoxication médicamenteuse. Les intoxications médicamenteuses volontaires du sujet âgé ne cessent de croître et les tranquillisants sont fréquemment utilisés lors du passage à l'acte. Ces intoxications médicamenteuses

sont responsables de véritables agressions toxiques chez la femme âgée, du fait de la vulnérabilité de l'organisme.

L'homme utilise souvent un moyen radical tel que la pendaison.

La gravité du geste est un caractère de spécificité des conduites suicidaires du sujet âgé. Il est non seulement lié au moyen utilisé mais également à l'intentionnalité élevée, au caractère prémédité du geste et à la fragilité de l'organisme. L'hospitalisation de ces patients paraît justifiée et nécessaire.

Même si les facteurs de risque suicidaire sont connus, il reste difficile de prévoir un suicide (GOLDSTEIN et coll., 1991). Le rôle du praticien, avec une prise en charge relationnelle et sociale, un maintien des liens affectifs et d'un cadre social, est primordial : il évite au sujet âgé un vécu de solitude.

L'hospitalisation de courte durée paraît la meilleure solution pour le suicidant âgé. Elle permet le soulagement d'un état de crise. Elle favorise l'abord thérapeutique et le suivi psychothérapeutique.

Le séjour à l'hôpital amorce également une prise en charge de "l'après-tentative" en proposant un espace de communication au suicidant et à sa famille. Les études de la "post-vention" ont montré que ce type de prise en charge diminue le nombre des tentatives de suicide.

**ANNEXE**

**LE QUESTIONNAIRE**

ENQUETE SUR LES CONDUITES SUICIDAIRES DES PERSONNES AGEESSEXE : Féminin  Masculin 

AGE :.....

ETAT CIVIL : Marié  Séparé  Divorcé Célibataire  Veuf  Concubin Viviez-vous seul ? oui  non Lieu de vie habituel : - département oui  non - rural  ou urbain 

Contexte socio-professionnel :

- Diplôme : CCP  CAP  BEPC  BAC  Etudes Sup. Aucun  Autre 

- Métier antérieur :

Agriculteur Exploitant  Artisan ou Commerçant  Cadre Sup. Cadre Moyen  Employé  Ouvrier  Sans 

Date de mise à la retraite :.....

Autonomie physique : avez-vous des difficultés pour :

- vous habiller oui  non  un peu - faire votre toilette oui  non  un peu - manger oui  non  un peu - marcher oui  non  un peu - préparer les repas oui  non  un peu 

Quelles sont vos activités habituelles ?

Lecture  Télé, radio  Chasse, Pêche Jeux de boules ou Cartes  Sorties en Club ou Voyages Sport  Jardinage  Autre  Aucune Vos ressources financières actuelles sont-elles suffisantes insuffisantes 

Tranche de revenus mensuels :.....

...

Votre logement a-t-il le chauffage central

la douche

Est-il confortable ?      oui                       non

**SOUTIEN FAMILIAL** : estimez-vous être bien entouré par votre famille ?

bien       peu       pas du tout

Avez-vous des enfants ?      oui                       non

Combien :.....

Viennent-ils vous voir ?      oui                       non

Avez-vous des visites : 1 fois par jour       1 fois par semaine

2 fois par semaine       1 fois par mois       2 fois par mois

**SOUTIEN AMICAL** : Avez-vous des amis ? oui       non       Combien

Viennent-ils vous voir ?      oui       non       Combien en moyenne

Vous sentez-vous seul ?      oui       non       Isolé ? oui       non

Y-a-t-il des évènements marquants à noter dans votre vie ou celle de vos proches qui se seraient passés récemment ?      oui       non

Y-a-t-il des dates anniversaires ?      oui                       non

Y-a-t-il des évènements marquants passés dans l'année ?      oui       non

**ANTECEDENTS personnels médicaux ou chirurgicaux** :.....

.....

**ANTECEDENTS personnels psychiatriques connus** :.....

Voyez-vous un psychiatre habituellement :      oui                       non

**ANTECEDENTS personnels d'hospitalisation en psychiatrie** : oui       non

**ANTECEDENTS personnels d'éthylisme chronique** :      oui                       non

Traitement habituel :.....

.....

**ANTECEDENTS familiaux psychiatriques** :      oui                       non

**ANTECEDENTS familiaux de suicides ou tentatives ? Préciser** :.....

.....

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'ACTE SUICIDAIRE

Date de l'acte : année     / mois   /  / jour           / heure   /  /

Lieu de l'acte : endroit isolé   / public   / au domicile   /

A-t-il été fait seul   / ou en présence d'un tiers   /

L'appel est venu du suicidé   / de sa famille   / des voisins   / autre   /

Contexte psychiatrique immédiat avant l'acte ?

toxicomanie   / dépressif   / délirant   / confus   /

raptus anxieux   / début de démence   /

Conduite après l'acte ? intervention par SAMU   / Pompiers   /

déplacement du généraliste   / hospitalisation et préciser :.....

consultation psychiatrique   /

Gravité de l'acte : décès   / peu grave   / coma   /

conséquences somatiques   /

L'acte a-t-il été préparé à l'avance ? oui   / non   /

" " annoncé " ? oui   / non   /

Y-a-t-il eu désir de mort ? oui   / non   /

Moyen utilisé : médicaments   / toxiques autres   /

gaz   / noyade   / pendaison   / défenestration   /

arme blanche   / arme à feu   / phlébotomie   /

Y-a-t-il eu prise d'alcool ? oui   / non   /

Antécédents personnels de conduite suicidaire ? oui   / non   /

Préciser :.....

.....

Combien y-a-t-il eu de tentatives avant celle-ci ?.....

Age de la première tentative ?.....

Traits de personnalité du sujet ?

méfiance   / réticence   / psychorigide   / surestimation de soi   /

irritable   / anxieux   / ordonné   / parcimonieux   / entêté   /

évitant   / suggestible   / théâtralisme   /

**BIBLIOGRAPHIE**

1. ABRAMS R.C., YOUNG R.C., HOLT J.H., ALEXOPOULOS G.S. (1988) - Suicide in New-York City Nursing Homes : 1980-1986. *Am. J. Psychiatry*, 145, 11 : 1487.
2. ADDONIZIO G., ALEXOPOULOS G.S. (1993) - Affective disorders in the Elderly. *Intern. J. Geriatr. Psychiat.*, 8 : 41-47.
3. AKISKAL H.S. (1987) - Chronic depressions. *J. Psychiat. biol. et thérap.*, n° spécial : 7-10.
4. ALEXOPOULOS G.S. (1991) - Psychological autopsy of an elderly suicide. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 6 : 45-50.
5. AMES D. (1991) - Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 6 : 347-354.
6. AMIEL-LEBIGRE F. (1990) - Experienced events, represented events and depression. *Psychiatr. and psychobiol.*, 5 : 349-354.
7. ANGST J. (1992) - Comorbidity of panic disorder in a community sample. *Clin. Neuropharmacol.*, 15 suppl 1 Pt A : 273A-274A.
8. ANDRIAN J. (1989) - Vieillir ensemble : le suicide de la personne âgée. *Bulletin de l'hôpital Paul BROUSSE*, 23 : 6-22.
9. ANZIEU D. (1985) - *Le Moi-peau*. DUNOD, 254 P.
10. ARIES P. (1980) - La société devant la mort. *Gérontologie et société*, 12 : 25-36.
11. BAECHLER J. (1975) - *Les suicides*. Calman-Lévy, 662 p.
12. BALDWIN R.C., JOLLEY D.J. (1986) - The prognosis of depression in old age. *Br. J. Psychiatry*, 149 : 574-583.
13. BALIER C. (1976) - Troubles névrotiques de la sénescence. *Encycl. Med. Chir.*, 11-1976, *Psychiatrie*, 37530 A30.
14. BALIER C. (1979) - Pour une théorie narcissique du vieillissement. *Information psychiatrique*, 55, 6 : 635-645.
15. BANTMAN P. (1984) - Tentative de suicide du sujet âgé. *Praticiens et 3ème âge*, 3-10: 364-367.
16. BARLET P. (1982) - Le vieillard à la mort promis in "Suicide et conduites suicidaires". VEDRINNE, QUENARD, WEBER. Masson, 2 : 135-149.

17. BARRACLOUGH B.M., SHEPHERD D.M. (1976) - Birthday blues : the association of birth day with self-inflicted death in the elderly. *Acta Psychiatr. Scand.*, 54 : 146-149.
18. BATTIN M.P. (1991) - Rational suicide : how can we respond to a request for help ? *Crisis*, 12, 2 : 73-80.
19. BECK A.T., GARY-BROWN M.S., BERCHICK R.J. (1990) - Relationship between hopelessness and ultimate suicides : a replication with psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry*, 147, 2 : 190-194.
20. BECK A.T., STEER R.A., SANDERSON W.C., SKEIE T.M. (1991) - Panic disorder and suicidal ideation and behavior : discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry*, 148, 9 : 1195-1199.
21. BENSON R.A., BRODIE D.C. (1975) - Suicide by overdoses of medicines among the aged. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 23 : 304-321.
22. BERRIOS G.E., MOHANNA M. (1990) - DURKHEIM and French psychiatric views on suicide during the 19<sup>th</sup> Century, a conceptual history. *Br. J. Psychiatry*, 156 : 1-9.
23. BERTIN C.H., NOEL P. (1981) - Vieillesse et dépression. *Encéphale*, VII : 353-360.
24. BERTSCHY G., VANDEL S. (1991) - Les liens entre suicide et dépression. *Encéphale*, XVII : 33-36.
25. BESANCON G. (1981) - Dépression masquée et symptôme psychosomatique. *J. Psychiat. Biol. et Thérap.*, 1, 1 : 27-31.
26. BIANCHI H. (1980) - Travail du vieillir et "travail du trépas". *Psychanalyse à l'Université*, 5, 20 : 613-619.
27. BIANCHI H. (1982) - Narcissisme et identité à l'épreuve du temps in "Psychogériatrie" de SIMEONE et ABRAHAM. *SIMEP* : 47-51.
28. BLAZER D., WILLIAMS C.D. (1980) - Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am. J. Psychiatry*, 137, 4 : 439-444.
29. BOBOLAKIS I., SECRET I. (1990) - Désespoir et dépression chez les suicidants. *Psychiatr. and psychobiol.*, 5 : 343-348.
30. BOIFFIN A. (1982) - Le suicide de l'âgé. *Actual. psy.*, 6 : 27-33.
31. BOIFFIN A. (1989) - Les régressions majeures. *Psychol. Med.*, 21, 8 : 1087-1090.

32. BOURLIERE F. (1982) - "Vieillesse des individus" in "Gérontologie, biologie et clinique". Flammarion, 99-110.
33. BRISSET C. (1988) - Psychiatrie et médecine devant le mourant. Information psychiatrique, n° spécial, 5 : 597-605.
34. BRUN H. (1990) - Suicide des personnes âgées : des chiffres qui donnent à réfléchir. Actual. psy., 2 : 9-12.
35. CAROLI F. (1993) - Idées ou conduites suicidaires. Rev. Prat., 43, 1 : 84-86.
36. CAROLI F., VIDON G. (1984) - Sémiologie des conduites suicidaires. Encycl. Med. Chir., 2-1984, Psychiatrie, 37114 A80.
37. CATELL H.R. (1988) - Elderly suicide in London : an analysis of coroners' inquests. Int. J. Geriatr. Psychiatry, 3 : 251-261.
38. CHARAZAC P. (1992) - Sur le renforcement tardif du faux-self de certains vieillards. Psychanalyse à l'Université, 67, 17 : 65-73.
39. CHATTON-REITH J., MAY H., RAYMONT L. (1990) - The risk of suicide in cancer patients derived from a cancer registry. Rev. Santé Publ., 38 : 125-131.
40. CHIGNON J.M. (1992) - Modalités évolutives de l'anxiété. Synapse. N° spécial, juin : 53-57.
41. CIOMPI L. (1970) - L'évolution des maladies mentales préexistantes sous l'influence de la vieillesse. Confrontations psychiatriques, 5 : 113-131.
42. CLEMENT J.P., LEGER J.M. (1992) - La place de la personne âgée dans la société ? Psy. Fr., 3 : 9-17.
43. COLONNA L., LOO H., ZARIFIAN E. (1971) - Suicide et nosographie psychiatrique. Rev. Prat., 21, 32 : 4773-4786.
44. CONRIE N. (1987) - Epidémiologie des conduites suicidaires en Haute-Vienne. Thèse Médecine.
45. CONWELL Y., OLSEN K., CAINE E., FIANNERY C. (1991) - Suicide in later life : psychological autopsy findings. International Psychogeriatrics, 3, 1 : 59-66.
46. COURTIOL J.R. (1993) - Les suicides chez les adolescents en France. Texte transmis au Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2 juin 1993.
47. DARCOURT G. (1983) - Dépression du sujet âgé in "la maladie dépressive". CIBA, 191-216.

48. DARTIGUES J.F., BARBERGER-GATEAU P., GAGNON M. et coll. (1991) - PAQUID : étude épidémiologique du vieillissement normal et pathologique. *Rev. geriatr.*, 16, 1 : 5-11.
49. DE BEAUVOIR S. (1970) - La vieillesse, tome 1. GALLIMARD, 441 p.
50. DEDIEU-ANGLADE G. (1981) - Psychothérapie des troubles psychonévrotiques au cours du vieillissement. *Encycl. Med. Chir.*, 10-1981, psychiatrie, 37541 A10.
51. DELOMIER Y. (1984) - Le syndrome de glissement in "introduction à la psychogériatrie" de SIMEONE-ABRAHAM. Masson, Paris, 132-137.
52. DE SAUSSURE C., VUILLEUMIER J. (1989) - "Surdosage médicamenteux chez la personne âgée : trouble des conduites ou désir de mort ? *Psychol. Med.*, 21, 8 : 1096-1097.
53. DESHAIES G. (1971) - Le suicide est-il toujours pathologique ? *Rev. Prat.*, 21, 32 : 4855-4864.
54. DURKHEIM E. (1991) - Le suicide. P.U.F., 6ème édition, 463 p.
55. DYER J.A.T., KREITMAN N. (1984) - Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *Br. J. Psychiatry*, 144 : 127-133.
56. ENZELL K. (1983) - Etude psychiatrique d'une population âgée à Stockholm. *Acta psychiatr. scand.*, 67 : 414-428.
57. EY H. (1989) - Manuel de psychiatrie. Masson, 6ème édition, 1166 p.
58. FERRERI M., FERRERI R. (1982) - Les dépressions du sujet âgé. *Actualités Psychiatriques*, 6 : 12-18.
59. FERRERI M., VACHER J., ALBY J.M. (1987) - Evénements de vie et dépressions. *J. Psychiatr. biol. et thérap.*, n° spécial : 16-26.
60. FERRERI M., VACHER J., ALBY J. M. (1987) - Evénements de vie et dépression. *Encycl. Med. Chir.*, 2-1987, Psychiatrie, 37879 A10.
61. FERREY G., LE GOUES G. (1989) - Métapsychologie : la structure mentale in "psychopathologie du sujet âgé". Masson, Paris, 2-11.
62. FRANCES R.J., FRANKLIN J., FLAVIN D.K. (1987) - Suicide and alcoholism. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 13, 3 : 327-341.
63. FREUD S. (1978) - Deuil et mélancolie in "métapsychologie". Gallimard, PARIS.

64. GALLAGHER D.E., THOMPSON L.W., PETERSON J.A. (1982) - Psychosocial factors affecting adaptation to bereavement in the elderly. *INTL. J. aging and Human Development*, 14, 2 : 79-93.
65. GAROUX R., LEGER J. M. (1991) - La place des grands-parents dans la vie de l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 85 : 24-26.
66. GOLDSTEIN R.B., BLACK D.W., NASRALLAH A., WINOKUR G. (1991) - The prediction of suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48 : 418-422.
67. GRAUX P., COPIN J.M., DUROCHER A. M., DELHAYE M.P. (1982) - Le suicide de la personne âgée vivant en institution. *Rev. Geriatr.*, 7, 1 : 22-24.
68. GRUENBERG F. (1985) - Suicide et maladies mentales. *Ann. Med. Psychol.*, 8 : 787-792.
69. GUYOTAT J. (1988) - La vie, l'événement, l'événement de vie. *Psychol. Med.*, 20, 3: 305-306.
70. HAMILTON M. (1986) - Psychiatry in the 80'S : ideas, research, pratique. Published by HOESHST, 4 : 1-8.
71. HATTON F. (1992) - Note relative à la mortalité par suicide. INSERM.
72. HENNIAUX H., ERNST J. (1981) - Le syndrome de glissement, réflexions psychosomatiques : existe-t-il un syndrome de glissement réversible ? *Rev. Geriatr.*, 6 : 331-333.
73. JALENQUES I., COUDERT A.J. (1990) - La maladie dépressive du sujet âgé : apports de l'épidémiologie. *Psychogériatrie*, 2, 6 : 13-15.
74. JOHNSON J., WEISSMAN M.M., KLERMAN G. L. (1990) - Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Arch. Gen. psychiatry*, 47 : 805-808.
75. JONES J.S., STANLEY B., MANN J., FRANCES A.J. et all. (1990) - CSF-S-HIAA and HUA concentrations in Elderly depressed patients who attempted suicide. *Am. J. Psychiatry*, 147, 9 : 1225-1227.
76. KERKHOF A., DELEO D. (1991) - Suicide in the elderly : a frightful awareness. *Crisis*, 12, 2 : 81-87.
77. KOENIG H. G., MEADOR K. G., SHELP F., GOLL V., COHEN H. J., BIAZER D. G. (1991) - Major depressive disorders in hospitalized medically ill patients : an examination of young and elderly male veterans. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 39, 9 : 881-890.
78. KUA E.H., KO S.M. (1992) - Etude transculturelle de suicide des personnes âgées à Singapour. *Br. J. Psychiatry*, 160, 4 : 558-559.

79. LAXENAIRE M. (1984) - Les auto-mutilations. *Ann. Med. Psychol.*, 142, 10 : 1283-1287.
80. LEOVICI S. (1986) - La dépression : aspects psychodynamiques. *Neuro-Psy.*, 1, 13: 425-431.
81. LEGER J.M., TESSIER J.F., THERME J.F. (1987) - Le suicide du sujet âgé. *Rev. Prat.*, 37, 13 : 731-736.
82. LEGER J.M., TESSIER J.F. (1988) - Le syndrome dépressif. *Psychol. Med.*, 20, 6 : 781-783.
83. LEGER J.M., TESSIER J.F., MOUTY M.D. (1989) - *Psychopathologie du vieillissement*; Doin, Paris, 253 p.
84. LEMPERIERE T., JULLIEN P. (1972) - Le suicide du vieillard. *Rev. Prat.*, 22, 12 : 1955-1960.
85. LEMPERIERE T. (1992) - Les troubles mentaux des personnes âgées. Documentation- Laboratoire UPJOHN-France. Série médicalis, n° 20 : 1-53.
86. LEPINE J.P., CHIGNON J.M., TEHERANI M. (1990) - Onset of panic disorder and suicide attempts. *Psychiatr. and psychobiol.*, 5 : 339-342.
87. LESCO P.A. (1989) - Murder-suicide in Alzheimer's disease. *J. Am. Geriatr. soc.*, 37, 2 : 167-168.
88. LESTER D., REEVE C. (1982) - The suicide notes of young and old people. *Psychological reports*, 50 : 334.
89. LEVY R. (1989) - Conduites de mort chez les vieillards. *Psychol. Med.*, 21, 8 : 1081-1084.
90. LINDESAY J. (1991) - Suicide in the elderly. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 6 : 355-361.
91. LINDESAY J. (1991) - Phobic disorders in the elderly. *Br. J. Psychiatry*, 159 : 531-541.
92. LLOYD C. (1980) - Life events and depressive disorder reviewed. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37 : 541-548.
93. MACCLURE G.M.G. (1984) - Trends in suicide rate for England and Wales 1975-80. *Br. J. Psychiatry*, 144 : 119-126.

94. MACINTOSH P.H. (1985) - Suicide among the elderly : levels and trends. *Am. J. Orthopsychiat.*, 55, 2 : 289-293.
95. MAISONDIEU J., COZIC J.Y., LAOUABDIA S., RAJJOU C. (1982) - La démence existe-t-elle ? Des démences aux thanatoses. *Psychiatr. fr.*, 13,5 : 35-45.
96. MAISONDIEU J.M. (1987) - Le vieil homme et la mort. *VST*, 171 : 11-14.
97. MAISONDIEU J. (1989) - A propos de la démence. *Psychiatr. Fr.*, 6 : 64-70.
98. MALAVAUD S., ROUGE D., MALAVAUD B., ALINGRIN D., BRAS M., ARBUS L. (1989) - Le suicide chez les personnes âgées de l'agglomération toulousaine. *Rev. Geriatr.*, 14, 1 : 25-27.
99. MALSBERGER J.T. (1991) - Suicide in old âge : psychotherapeutic intervention. *Crisis*, 12, 2 : 25-32.
100. MANTON K., BLAZER D., WOODBURY M. (1987) - Suicide in middle age and later life : sexand race specific life table and cohort analyses. *Journal of Gerontology*, 42, 2 : 219-227.
101. MAUDOUX M., PREVOST P.H., REPELLIN F. (1989) - Tentatives de suicide et suicides en géronto-psychiatrie. *Psychol. Med.*, 21, 8 : 1163-1166.
102. MERCIER N., LEGER J.M., MALAUZAT D., LOMBERTIE E.R., FAYOL P. (1987) - Etude épidémiologique des conduites suicidaires. *Psychol. Med.*, 19, 5 : 685-687.
103. MERLE L., NICOT G. (1985) - Pharmacologie des antidépresseurs chez la personne âgée. *Sem. Hôp. Paris*, 61-31 : 2275-2279.
104. MERRIL J., OWENS J. (1990) - Age and attempted suicide. *Acta psychiatr. scand.*, 82, 5 : 345-348.
105. MOAMAI N. (1988) - Dépression du sujet âgé. *Gérontologie et Société*, 46 : 108-116.
106. MONTGOMERY S.A., MONTGOMERY D.B., BULLOCH T. (1992) - Brief unipolar depressions : is there a bipolar component ? *Encéphale*, 1-18 - n° spécial : 41-43.
107. MORON P. (1982) - Le suicide. P.U.F., Paris, 127 p.
108. MULLER C.H. (1969) - Sociologie du vieillissement in "manuel de gérontopsychiatrie", Masson, Paris, 19-24.
109. MURPHY E. (1983) - The prognosis of depression in old age. *Br. J. Psychiat.*, 142 : 111-119.

110. MURPHY E., LINDESAY J., GRUNDY E. (1986) - 60 years of suicide in England and Wales. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43 : 969-976.
111. MURPHY E., WETZEL R. (1990) - The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47 : 383-390.
112. NACHIN C. (1985) - Les dépressions : du deuil à la mélancolie. *Psychiatrie française*, 16 : 317-333.
113. NACHT S., RACAMIER P. (1959) - Les états dépressifs : étude psychanalytique. *Rev. Fr. Psychanal.*, 5 : 567-605.
114. NOEL P., BERTIN J.P., CAVELIER J.P. (1986) - Psychopathologie de la dépression du sujet âgé. *Actual. psy.*, 3 : 40-45.
115. OAULID J.C. (1990) - Abord familial des tentatives de suicide. *Actual. psy.*, 2 : 25-28.
116. PAILLAT P. (1992) - L'Europe vieillit. *Gérontologie et société*, 62 : 6-17.
117. PALLIS D.J., GIBBONS J.S., PIERCE D.W. (1984) - Estimating suicide risk among attempted suicides. *Br. J. Psychiatr.*, 144 : 139-148.
118. PEDINIELLI J.L., LERNOUT P., MOROY F. (1985) - Les crises suicidaires chez les personnes âgées : narcissisme, deuil et trépas. *Psychol. Méd.*, 17, 8 : 1137-1140.
119. PEDINIELLI J.L., DELAHOUSSE J., CHABAUD B. (1989) - La "léthalité" des tentatives de suicide. *Ann. Med., Psychol.*, 147, 5 : 535-550.
120. PEDINIELLI J. L., DELAHOUSSE J. (1989) - Suicide et hypocondrie. *Psychol. Méd.*, 21, 4 : 430-435.
121. PELICIER Y., HUGUET P., LEGER J.M., SINGER L. (1977) - Anticipation à la retraite. *Actual. psy.*, 3 : 9-11.
122. PELICIER Y. (1978) - Le suicide au cours du troisième âge. *Actualité en Gérontologie*, 15 : 54-64;
123. PELICIER Y. (1986) - Le sujet âgé et la mort. *Actual. psy.*, 3 : 11-16.
124. PELICIER Y. (1987) - Temps et dépression. *J. Psychiat. Biol. et Thérap.*, n° spécial, 2-4.
125. PHILIPPE A., DAVIDSON F. (1983) - Epidémiologie du suicide. *Soins psychiatrie*, 32-33 : 3-9.

126. PHILIPPE A., DAVIDSON F. (1985) - Les suicides en France. *Rev. Epidémiol. Santé Publ.*, 33 : 164.
127. PICHOT M., AUZEPY P., RICHARD C. (1990) - Les intoxications aiguës volontaires des personnes âgées de 70 ans et plus. *Ann. Med. Interne*, 141, 5 : 429-430.
128. PLOTON L. (1990) - La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. *Chronique sociale*, Lyon, 213-214.
129. POLDINGER W. (1986) - Suicide et parasuicide in "psychiatry in the 80's" by Hamilton, 4 : 1-8.
130. POROT M., HUBER J. P. (1988) - Troubles psychiques de la retraite. *Ann. Med. Psychol.*, 146, 1-2 : 138-144.
131. PRITCHARD C. (1992) - Changes in elderly suicides in the U.S.A. and the developed world, 1974-87. *Int. J. Geriatr. Psy.*, 7 : 125-134.
132. QUIDU M. (1983) - La prévention du suicide. *Soins psychiatrie*, 32-33 : 31-34.
133. REDA G. C. (1983) - Le suicide : un problème de liberté. *Psychol. Med.*, 15, 10: 1827-1829.
134. RICH C. L., YOUNG D., FOWLER R. (1986) - San Diego suicide study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43 : 577-582.
135. RICH C. L., WARSTADT G. M., NEMIROFF R.A., FOWLER R. C., YOUNG D. (1991) - Suicide, stressors and the life cycle. *Am. J. Psychiatry*, 148, 4 : 524-527.
136. RICHARDSON R., LOWENSTEIN S., WEISSBERG M. (1989) - Suicide des personnes âgées. *Geriatrics*, 44, 9 : 43-51.
137. ROUILLON F. (1987) - Epidémiologie du suicide. *Rev. Pratr.*, 37, 13 : 703-708.
138. RYNEARSON E. K. (1981) - Suicide internalized : an existential sequestrum. *Am. J. Psychiatry*, 138, 1 : 84-87.
139. SARRO B., DE LA CRUZ C. (1989) - Psychothérapies de groupe de suicidants. *Act. Méd. Inter. Psychiatrie*, 6,4 : 29-31.
140. SCHUCKIT M. (1983) - Alcoholic patients with secondary depression. *Am. J. Psychiatry*, 140, 6 : 711-714.
141. SENDBUEHLER J.M. (1979) - Caractéristiques des états pré et post-suicidaires dans les tentatives de suicide du sujet âgé. *Méd. et Hyg.*, 37 : 2359-2360.

142. SCHICOR D., BERGMAN S. (1979) - Patterns of suicide among elderly in Israël. *Gerontologist*, 19 : 487-495.
143. SHIMUZ I. (1990) - Les femmes se suicident plus au Japon. *Collegium internationale neuro-psychopharmacologicum*, 17ème congrès. Kyoto, revue internationale des congrès, 2, 2 : 15-16.
144. SIMEONE I. (1988) - Aspects psychodynamiques du vieillissement. *Gérontologie et Société*, 46 : 8-20.
145. SIMON R. (1989) - Silent suicide in the elderly. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, 17, 1 : 83-95.
146. SOFRES ENQUETE (1992) - Caractéristiques démographiques et morbidité des utilisateurs d'hypnotiques et de tranquillisants.
147. SOYKA M. (1992) - Delusional jealousy in psychiatric disorders of later life. *Intern. J. Geriat. Psych.*, 7, 8 : 542-559.
148. STANER L., DELAFUENTE J.M., KERKOF S.M., LINKOWSKI P., MENDLEWIC Z. (1992) - Biological and clinical feature of recurrent brief depression : a comparison with major depressed and healthy subjects. *J. Aff. Disord.*, 26 : 241-246.
149. TATAI K. (1991) - Suicide in the Elderly : a report from Japan. *Crisis*, 12, 2 : 40-43.
150. TERRA J.L., BOYARDJIAN C., GUYOTAT J., ATTALLI G. (1987) - Epidémiologie et personnes âgées : les indicateurs de risque de décompensation psychique. *Psychiatrie française*, 3 : 391-395.
151. TESSIER J. F., LEGER J. M. (1988) - Les malades mentaux ruraux âgés. *Soins psychiatrie*, 96, 10 : 22-24.
152. TESSIER J. F., CLEMENT J. P., LEGER J. M. (1989) - Le Corps comme outil de suicide : approche d'une modalité suicidaire chez l'âgé. *Psychol. Med.*, 21, 4 : 512-516.
153. TESSIER J.F., LEGER J.M. (1990) - La solitude constitue-t-elle le danger majeur pour le vieillard de l'an 2000, *Psychol. Med.*, 22, 12 : 1171-1174.
154. TESSIER J.F., GUEGAN A. (1993) - Conduites suicidaires chez les personnes âgées. *Le Quotidien du Médecin*, 5204 : 25.
155. TILMANS E. (1987) - Création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de thérapies familiales, 8, 3 : 229-246.

156. TSAI N., GAO Z.X. (1990) - Epidemiology of suicidal death of the elderly in Shanghai. *Crisis*, 11, 2 : 114-119.
157. VEDRINNE J., QUENARD O., WEBER D. (1982) - Suicides et conduites suicidaires. Tome II, Masson, Paris, 264 p.
158. VEDRINNE J., SOUBRIER J. P. (1987) - Signification et prévention du suicide. *Rev. Prat.*, 37, 13 : 711-718.
159. VINDREAU C. H., SLAMA M. F., GINESTET D. (1987) - Les équivalents suicidaires. *Rev. Prat.*, 31, 13 : 737-743.
160. VOGEL R., WOLFERSDORF M. (1989) - Suicide and mental illness in the elderly. *Psychopathology*, 22 : 202-207.
161. WENZ F. V. (1980) - Aging and suicide : maturation or cohort effect ? *Int'L.J. Aging and Human Development*, 11, 4 : 297-305.
162. WERTHEIMER J. (1988) - L'homme vieillissant et son environnement. *Gériatrie et Société*, 46 : 28-34.
163. WILLIS R.H. (1987) - Suicide risk in elderly persons : diagnosis and management. *The Mount Sinai Journal of medicine*, 54, 1 : 14-17.
164. WINICOTT D.W. (1975) - Jeu et réalité. "Créativité et ses origines". GALLIMARD.
165. WOLMARK G. (1984) - Le suicide passif : une réalité chez le vieillard. *Actualités en Gérontologie*, 38 : 26-28.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 58

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER  
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

## RESUME

Le nombre de suicides du sujet âgé ne cesse de croître.

Le geste suicidaire est interprété en relation avec les mécanismes psychologiques imposés par le processus de vieillissement : limitation des investissements, blessure narcissique, travail de deuil.

L'objet de cette thèse est d'analyser les facteurs de risque suicidaire du sujet âgé (sociaux, physiques, psychologiques) à partir de l'étude de patients hospitalisés pour tentative de suicide.

Il nous apparaît indispensable de synthétiser les mesures préventives adaptées à de tels comportements : le rôle du praticien y est primordial.

### MOTS CLES :

- Tentative de suicide
- Vieillard
- Prévention

**COREP**

58, av. de la Libération - LIMOGES

☎ 55 77 25 95