« LE SUICIDE CHEZ LA PERSONNE AGÉE »

NAHLI SAADIA

MÉMOIRE DIU SUICIDOLOGIE 2006

INTRODUCTION

Le suicide se voit presque à tous les âges, quelque soit la culture ou l'origine ethnique. L'avancée en âge ne protège pas de la mort par suicide, c'est même l'inverse ; les chiffres sont accablants et la France reste l'un des pays de la communauté Européenne où les personnes âgées se suicident le plus.

Le troisième âge est une période généralement riche en événements vitaux stressants ; c'est l'âge des pertes : perte sociale, altération de l'aspect et des capacités physiques, perte de la santé et des êtres chers. Même si la plupart des personnes âgées s'adaptent, il n'est donc pas étonnant de constater que c'est une période à haut risque suicidaire.

Cependant nous constatons que le suicide des sujets âgés constitue encore un phénomène méconnu, peu étudié et trop souvent banalisé. Cette constatation nous interroge sur notre acceptation de cet état de fait et, à la limite, sur le caractère « normal »de certains de ces suicides.

En effet, la mort volontaire des vieillards, sans être acceptée comme dans certaines sociétés, mobilise moins que celle des plus jeunes. Lors des enquêtes effectuées, dans le cadre des autopsies psychologiques, les médecins, de même que l'entourage, déclarent avoir été étonnés par les suicides de leurs patients ou proches âgés.

Dans ce travail nous avons essayé de déterminer l'importance épidémiologique de ce phénomène, de repérer les facteurs de risque, de décrire les différentes situations suicidaires fréquemment rencontrées chez la personne âgée ; puis nous avons tenté de comprendre la signification des conduites suicidaires et de repérer les signes éventuels d'un syndrome

présuicidaire, avant de nous intéresser à la prévention et à différentes stratégies thérapeutiques, adaptées au grand âge.

L'HISTOIRE DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGEE

Le suicide a suscité de nombreuses réactions à travers le temps et les différentes cultures. On ne peut comprendre la place du suicide sans la resituer dans son évolution historique . Plusieurs civilisations ont, au cours de leur histoire, admis puis intégré le suicide dans leurs lois comme un acte légitime. L'antiquité gréco-romaine fournit une liste impressionnante de personnages célèbres ayant mis fin à leurs jours[1] :

Aristote s'est noyé, Demosthène s'est empoisonné, Sénèque s'est suicidé en disant « Mourir, c'est échapper au danger du mal de vivre ».

A° - CHEZ LES GRECS :

Les phytagoniciens sont opposés à la mort volontaire, et condamnent cet acte comme une injustice que l'on commet contre soi- même et contre son pays, un acte de lâcheté face aux difficultés de la vie

Platon, dans « Les Lois », est plus nuancé; il condamne globalement le suicide mais admet des exceptions comme dans le cas de maladie douloureuse et incurable .

En revanche tous les courants philosophiques qui postulent la valeur suprême de l'individu lui accordent le droit de quitter la vie si elle lui devenait pénible. C'est le cas des cyniques, des épicuriens et des stoïciens : « Pour bien vivre, disait Diogène le Cynique, il faut une raison ou une corde ; » et comme le souligne Sénèque : « le sage vit autant qu'il doit et non autant qu'il peut…La loi éternelle n'a rien fait de mieux que donner à notre vie, avec une seule entrée, plusieurs sorties. Pourquoi attendrai- je la cruauté de la maladie ou celle des hommes, quand je puis échapper aux tourments et me délivrer de l'adversité…La vie te plait ? Vis. Elle ne te plait pas, tu peux retourner d'où tu es venu (Sénèque, « 70eme lettre à Lucilus.)

[1] MINOIS G. Histoire de la vieillesse en Occident. Paris, Fayard, 1987, 442 pages.

B° - CHEZ LES ROMAINS :

A Rome les attitudes évoluent ; si dans les premiers temps de la République, le suicide était un véritable tabou, la pénétration des idées grecques, et surtout du stoïcisme, dans les élites intellectuelles, aboutit vers le 1er siècle avant J.C, à une grande liberté de comportement. Pour les hommes libres chacun peut disposer de sa vie à sa guise et pour Cicéron comme pour Virgile, tout dépend des motifs

Cependant à partir du 2 ième siècle, la législation se durcit nettement pour des raisons fiscales. Avant l'extension du christianisme, le climat dans le monde païen devient donc hostile à la mort volontaire.

C° - DE L'ERE CHRETIENNE AU MOYEN AGE :

Le Christianisme hérite à son origine d'une autre tradition, celle du monde juif ; en dépit de l'interdiction de tuer, contenue dans les dix commandements, aucun suicide rapporté par la Bible ne semble réprouvé ; la plupart sont même considérés comme des actes d'héroïsme, car ils concernent les hébreux qui se sacrifient pour leur peuple.

C'est Saint Augustin, vers 400, qui fixe définitivement la position chrétienne sur ce sujet : le meurtre de soi est le pire des crimes, car il est le refus du don divin par excellence, celui de la vie. Saint Thomas d'Aquin dira à son tour que « c'est un attentat contre Dieu, contre la nature, contre la charité, et contre la société. » La cause réside dans le désespoir, qui est une tentation du Diable.

Au Moyen Age, les sanctions seront à la fois religieuses et temporelles : refus de sépulture ecclésiastique, damnation éternelle, confiscation des biens, exécution du cadavre ; le plus souvent, le corps sera exposé puis traîné, face contre terre, sur une claie, avant d'être pendu ou brûlé sur un bûché.

D° - L'EPOQUE MODERNE :

Entre le 16 ième et le 17 ième siècle, s'effectue, notamment chez les élites, un véritable retournement des mentalités à l'égard du suicide. Dès la Renaissance, l'Humanisme, qui réhabilite l'Antiquité, contribue à une redécouverte de la vertu de l'acte suicidaire.

E° - AVANT LA REVOLUTION :

Au 18ième siècle, sous l'influence des lumières, la réflexion sur le suicide prend des proportions considérables ;c'est à cette époque que naît la légende de la « maladie Anglaise », consacrée par le livre du médecin George Cheyne, publiée en 1733, « The English Malady. » Ce mythe était du en particulier à la publicité accordée au suicide dans la presse anglaise, beaucoup plus libre que celle du continent : le 7 février 1786, « le Times » organise même un débat public sur le thème : « le suicide est il un acte de courage ? »

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

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

F° - LA REVOLUTION :

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

G°- AU 19 IEME SIECLE :

Le suicide devient objet d'étude pour les nouvelles sciences telles que la psychiatrie, la psychologie, et la sociologie; l'entrée dans l'ère de la statistique permet des analyses plus objectives.

L’augmentation globale des taux de suicide au cours de ce siècle est attribuée aux effets désagrégateurs de la révolution industrielle , affaiblissement des liens traditionnels, de la religion, émancipation de l’individu, dont l’isolement est croissant, importance des fluctuations économiques, misère ouvrière.

Alors que la Renaissance et les Lumières avaient tenté de comprendre le suicide, d’y voir un acte tragique sans doute, mais n’ayant rien d’infamant en lui-même, le 19 ième siècle reconstruit le mur de la honte.

L’Eglise durcit sa position, en continuant à refuser la sépulture ecclésiastique à ceux qui se sont donnés la mort.

La médecine elle-même contribue à faire du suicide une « maladie honteuse due à une faiblesse d’esprit. » contre laquelle elle prône un « traitement moral à base de punition. »

Esquirol exprime la nouvelle approche médicale, toujours marquée par le moralisme, mais plus conforme à l’état de la science de l’époque : pour lui la seule explication à l’acte suicidaire est à rechercher dans l’aliénation mentale du sujet : « l’homme n’attente à ses jours que lorsqu’il est dans le délire. »

Mais assimiler le suicidé à un aliéné permet de déplacer le débat de la morale vers la médecine et la psychologie.

Dès la fin du siècle en 1897, Durkheim publie son ouvrage fondateur « Le suicide » et introduit de nouveaux critères d’explication et de compréhension de l’acte suicidaire, montrant que le suicide s’inscrit, dans une réalité sociale et surtout répond aux déchirures du lien social.

C’est ainsi que s’est construite la double approche du suicide sociale et médico-psychologique qui constitue la toile de fonds de notre conception actuelle.

H° - LE 20 ième SIECLE :

Sous la pression de l’évolution des idées et des connaissances, la position de l’Eglise va largement évoluer au cours de ce siècle ; l’idée que le suicide peut être lié à un état pathologique du sujet dont il est en fait la « victime » fait son chemin et l’Eglise accepte de donner, à ces morts, une sépulture religieuse.

Le Pr. E. RINGEL[2] (1921-1994), psychiatre autrichien , acteur essentiel de la naissance de la suicidologie, a consacré la plupart de ses travaux à l'étude du risque suicidaire en décrivant le syndrome présuicidaire en 1953.

Dans l'un de ses articles « Incommodités de la vie et gène présuicidaire », publié en 1967, il s'intéresse déjà au suicide chez les personnes âgées .Il observe que les conduites suicidaires sont fréquentes chez le sujet âgé, avec un pourcentage élevé d'issues fatales et étudie les conditions d'existence qui jouent un rôle important dans les cas de suicide de personnes âgées ; il met entre autre l'accent sur les maladies physiques et leur chronicité, sur l'appauvrissement des relations inter-humaines et l'intensification du sentiment d'être de trop et rejeté, ainsi que sur le manque de reconnaissance sociale du sujet âgé.

[2] RINGEL E. traduit del'allemand par le Dr Alain Mouseler ; Incommodités de la vie et gêne présuicidaire. Evol. Psychiatr. 2005 ; 70 pp 427-438.

EPIDEMIOLOGIE DU SUICIDE CHEZ LES PERSONNES AGEES

En France, en population générale, le suicide est responsable de 12000 décès par an, soit un taux s'établissant autour de 15,5 pour 100000 habitants des 2 sexes[3]. Les plus de 65 ans, qui représentent 15 %de la population générale, sont à l'origine de 30% de l'ensemble des suicides en France ; l'analyse des taux de suicide montre l'existence d'une surmortalité masculine (68% d'hommes et 32 % de femmes)[4] .

Si le suicide est loin d'être la principale cause de décès chez les personnes âgées (25 ième cause de mortalité) , 3500 personnes âgées de plus de 65 ans se donnent la mort chaque année. Rapporté aux autres causes de mort en population générale, le suicide comme l'indique ANDRIAN ne représente certes que 4% des décès.

La dernière place du suicide comme cause de mort n'est pas liée au fait que les personnes âgées se suicident moins mais au fait que l'espérance de vie diminue avec l'avance en âge ; plus une personne est âgée plus la survenue de la mort est naturelle. Toutes les causes de mort par suicide vont occuper « naturellement » la dernière place. Ce qui va fausser l'opinion d'une majorité de médecins et de psychiatres qui considèrent que le suicide des âgés est un phénomène dont la survenue est exceptionnelle.

De plus, à partir de 65 ans, le taux de suicide augmente avec l'avancée en âge et c'est dans la tranche d'âge des plus de 85 ans que le taux de suicide est le plus élevé; par rapport à la population générale le taux de suicide est 3 fois plus élevé chez les 75- 84 ans et 4 fois plus

---

[3] ANDRIAN J. Un suicide rarement évoqué, celui de la personne âgée. Vieillir Ensemble Bulletin, 1989, 23 :6-22.

[4] LEGER JM. CLEMENT JP. WERTHEIMER J. Psychiatrie du Sujet âgé. Médecine-Sciences. Flammarion.

élevé chez les plus de 85 ans. Certains auteurs comme ROUILLON[5], montrent que le taux de suicide est multiplié par 10 entre la tranche des 15-25 ans et celle des plus de 75 ans.

L'étude de DAVIDSON [6]montre la vulnérabilité au suicide des célibataires et veufs âgés, et met également en relief, à l'examen de la carte de France des suicides des personnes âgées, des disparités régionales : les zones rurales ont un taux de suicide plus élevé que les autres régions de France (plus particulièrement la Bretagne, la Normandie, la Picardie, le Centre, le Limousin, la Bourgogne) ;

Les chiffres suivants sont ceux de l'année 1987, pour les hommes âgés de 65à 75 ans, enregistrés par l'OMS dans 20 pays industrialisés[7]. En prenant le taux de suicide pour 100000 habitants et par an, le rang des pays est le suivant :

- le groupe de tête a un taux supérieur à 60, il est constitué par les pays de l'empire Austro-Hongrois, la France, la Belgique et la Suisse.

- le groupe du milieu a un taux compris entre 60 et 40, il comprend les pays Scandinaves sauf la Norvège, avec en premier la Finlande, le Danemark et en dernier la Suède , l'Allemagne, le Japon, l'Italie et les Etats –Unis .

- le dernier groupe a un taux compris entre 40 et 20 ; il est constitué par les Pays Bas, la Norvège et les pays du Commonwealth avec le Canada, l'Australie, l'Irlande et enfin la Grande- Bretagne qui est le pays ou les personnes âgées se suicident le moins avec un taux un peu inférieur à 20 pour 100000 habitants et par an.

Les chiffres de l'OMS concernant le taux de suicide doivent être pris pour ce qu'ils sont. Cette surmortalité suicidaire serait sous estimée d'environ 20%. Dans cette tranche d'age la mort par suicide a plus de chances d'être imputée, à tort, à une cause naturelle ou accidentelle (erreurs dans la prise de traitement, chutes par exemple.) Dans certains cas, la nature suicidaire de certains décès peut passer inaperçue comme le syndrome de glissement,

---

[5]ROUILLON F. Epidémiologie des troubles mentaux du sujet âgé. L'information Psychiatrique, 1995, 71 : 825-828.

[6] DAVIDSON F. PHILIPPE A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : étude épidemiologique. Paris, Inserm-Doin, 1986, 170 pages.

[7] DEBOUT M. Le suicide. Journal Officiel de la République Française, Avis et rapports du conseil économique et social (15), 1-71,1993.

les refus de traitements vitaux, les conduites addictives et les automutilations qui sont autant d'équivalents suicidaires.

Par ailleurs, les personnes âgées sont si déterminées à se suicider qu'elles trouvent fréquemment la mort. En témoignent la radicalité et la violence des moyens suicidaires utilisés : pendaison, arme à feu, défénestration, intoxication volontaire, noyade, et ces moyens sont éventuellement associés ; pour Müller[8], ce facteur explique sans doute en partie la moindre importance de la tentative de suicide par rapport au suicide réussi.

- en France : * chez les femmes de plus de 65 ans :
  0% par arme à feu
  38 %par défenestration
  33% par pendaison

  * chez les hommes de plus de 65 ans :
  37% par armes à feu
  0 % par défenestration
  50% par pendaison

- aux USA : *chez les PA de moins de65 ans :
  57% par armes à feu
  19% par strangulation
  6% par ingestion de poison

  *chez les PA de plus de 65 ans :
  73% par arme à feu
  11% par strangulation
  6% par ingestion de poison

[8] MÜLLER C. Suicides et tentatives de suicide dans la vieillesse. In : C Müller. Manuel de géronto-psychiatrie. Paris, Masson, 1969 :165-167.

Le rapport TS sur S autour de 2 chez la personne âgée, est nettement inférieur à celui observé dans la population générale (8 à 20 TS pour 1 suicide.) De même, les personnes âgées font moins fréquemment de tentatives de suicide avant le geste fatal.

Ainsi si la tentative de suicide de l'adolescent a valeur d'appel, cela semble moins d'actualité au grand âge, ou la tentative de suicide ne peut être attendue comme un indicateur de risque de mort future .Il convient donc d'intervenir en amont, en repérant les indices de crise suicidaire avant le premier passage à l'acte, qui est souvent le dernier.

En résumé, le suicide des personnes âgées est un problème majeur de santé publique qui s'accentue avec le vieillissement de la population. Les ¾ de ces sujets âgés ont consulté leur médecin le mois précédant leur suicide.

D'après l'étude de CATELL et JOLLY[9] :

40% des personnes âgées ont laissé une lettre.
40% ont vu leur médecin généraliste.
64% ont vu leur médecin psychiatre.
80% ont vu leur proche.
58% avaient exprimé des plaintes somatiques.
11% avaient des symptômes psychiques.

Il est donc capital de repérer chez ces personnes les situations suicidaires

[9] CATELL H. JOLLEY DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. Brit. J. Psychiatr ; 166 (4), 451-457, 1995.

LES SITUATIONS A RISQUE SUICIDAIRE

A° - LA DEPRESSION :

Elle constitue l'étiologie la plus fréquente, voire exclusive selon certains auteurs. Cette affirmation ne saurait éluder le problème du suicide résultat d'un choix libre et conscient devant le constat d'une détérioration débutante ou devant l'existence d'un handicap faisant imaginer un avenir marqué par la souffrance et la déchéance. L'altération de l'humeur dans un sens négatif est certainement l'élément fécond qui détermine le plus souvent la conduite suicidaire du sujet âgé.

La dépression est fréquente chez l'âgé et revêt chez ce dernier une traduction symptomatique souvent trompeuse et déroutante ; on parle de dépression masquée[10]. Au lieu des signes classiques (tristesse pathologique, ralentissement…), le malade exprime sa problématique morbide à travers son corps.

Pourquoi un sujet développe- t-il cette forme symptomatique de dépression ? Pourquoi présente-t-il cette incapacité à dire par le langage, comment il se sent ? Le langage se traduit en un langage du corps, peut être, parce que la souffrance physique est plus facile à exprimer que la souffrance psychique, chez beaucoup de patients. La thymie est par définition « la façon de se sentir au monde… » Chez ces patients qui ne se sentent pas tristes, quels sont leurs affects ? S'agit- il d'un déni, d'une alexithymie ou comme le supposait LOPEZ-IBOR[11], d'une anosognosie ?

---

[10] KIELHOLZ P :
- Le concept de dépression masquée ; Encéphale, 1979, vol 5, pp459-462.
- La dépression masquée. Symposium international de St Moritz, 1972, édit Hans Huber, Berne Stuttgart Vienne, 1973.

[11] LOPEZ IBOR JJ. Masked depression , Br. J. Psychiatr, 1972, 120 : pp 244-258.

Les allégations somatiques, parfois discrètes, parfois bruyantes, constituent un piège pour le médecin qui risque d'avoir recours d'emblée à des examens de plus en plus spécialisés et traumatisants.

La dépression peut aussi altérer la conscience du malade entraînant une inadéquation entre lui et son milieu, laquelle peut induire une régression, véritable équivalent suicidaire.

B°- L'ANXIETE et la DOULEUR MORALE :

Elles modifient la perception de la réalité et donnent au sujet alors une signification erronée aux informations qu'il reçoit du monde extérieur, ainsi se croyant victime d'un préjudice grave, il peut se donner la mort.

La peur de la mort et de la souffrance, les conditions de vie particulières, la pression sociale ont un effet aggravant sur l'angoisse, entraînant une amplification des réponses émotionnelles et des conflits pulsionnels, une hypersensibilité à l'environnement.

Cette angoisse est à l'origine des décompensations psychiques qui apparaissent parfois pour des raisons futiles et peut alors prendre une grande intensité, avec sentiment de mort imminente et entraîner un geste suicidaire sous forme de raptus.

Certains conflits avec l'entourage, l'impossibilité d'imposer son choix vont réactiver l'angoisse de castration. Le vieillissement concrétise cette inquiétude dans un système inverse de l'Oedipe, où le père craint la punition infligée par son fils[12]. Face à une discorde familiale dont il est parfois l'objet, qu'il n'arrive plus à maîtriser, le sujet âgé s'abandonne à la mort de manière le plus souvent passive, parfois active.

C° LA FRAGILISATION du MOI :

Selon certains auteurs, comme TESSIER , CLEMENT et LEGER, par le biais du vieillissement, la fragilisation du MOI joue également un rôle important dans la genèse d'un état de crise. Chez certains sujets jusque là bien équilibrés, la perte d'efficience des

[12] TESSIER JF. CLEMENT JP. LEGER JM. Le corps comme outil du suicide : approche d'une modalité suicidaire chez l'âgé.

mécanismes de défense met en péril l'équilibre établi. Chez l'obsédé, par exemple, les difficultés liées à l'âge vont altérer le système des rituels, ce qui diminue la maîtrise de l'agressivité et accroît l'angoisse et le risque suicidaire.

De même certains sujets à personnalité narcissique ont pu mener une vie normale grâce à la présence à leurs cotés d'un étai : conjoint, activités diverses, rôle social. La disparition de celui-ci entraîne un effondrement de leur équilibre affectif et un passage à l'acte suicidaire ;

D° - LA DOULEUR PHYSIQUE :

Lorsqu'elle devient intolérable ou qu'elle se prolonge indéfiniment, elle peut épuiser le sujet et être à l'origine de réactions suicidaires.

E° - LA BAISSE DE L'ACUITE SENSORIELLE :

Surtout visuelle et auditive, elle modifie et perturbe la vie relationnelle et la sociabilité du sujet ;elle est susceptible de conduire à des idées interprétatives puis à des dépressions.

F° - L'existence d'un HANDICAP chez l'un des membres d'un couple âgé :

Est source d'un profond déséquilibre au sein de ce dernier. Dans cette situation, le sujet valide, profondément troublé, peut dans un contexte mélancolique à l'extrême tuer son partenaire puis se suicider.

G°- AUTRES SITUATIONS SUICIDOGENES :

De même le veuvage, le décès d'un voisin, le suicide d'un proche, la solitude, la pauvreté, le changement de domicile, le placement en institution, peuvent pousser au suicide.

En conclusion le comportement suicidaire est la résultante de la sommation d'aléas qui, au delà d'un certain seuil, devient l'exutoire d'une souffrance psychologique intolérable.

Il n’est pas nécessaire, chez le sujet âgé, d’être dépressif pour commettre un geste suicidaire et le constat est que le résultat mortifère n’est pas la conséquence obligatoire de l’intention du suicidant. Pour passer à l’acte, il lui suffit d’un geste plus ou moins impulsif allant dans le sens de l’idée de mort et lui permettant de dépasser le stade de la simple rumination morbide.

On peut évoquer la possibilité d’une sorte d’impulsion suicidaire, qui partirait d’une réaction brutale à une situation jugée intolérable (frustrations, déceptions et humiliations) et qui ne serait pas précédée de longues réflexions morbides, situation comparable à celle rencontrée chez le sujet jeune.

H° - LES EQUIVALENTS SUICIDAIRES :

Il n’existe pas, à notre connaissance, d’étude épidémiologique rendant compte du nombre de décès liés à ce problème ; pourtant, en institution comme au domicile, médecins et personnel paramédical sont souvent confrontés à ces sujets âgés qui refusent de vivre.

Les équivalents suicidaires correspondent à des comportements mettant en jeu la vie du sujet sans que le désir de mort soit exprimé ouvertement ; verbaliser et transmettre ainsi à autrui son vécu psychique devient une tâche souvent ardue voire impossible au sujet âgé ; celui-ci aura de plus en plus tendance à s’exprimer à un autre niveau et selon un autre mode.

Ces troubles du comportement sont des motifs fréquents d’appel de l’entourage ou d’équipes soignantes dépassées par la lourdeur du message transmis et aussi par sa non lisibilité immédiate.

Plutôt que cette mort venue de l’extérieur, le sujet âgé dispose d’un pouvoir considérable sur l’évolution de sa propre survie :

1°) le refus de soins et de traitements dans le cadre de maladies chroniques :

Deux types de données semblent vérifier le rapport qui existe entre maladie organique et suicide :

- d'une part le risque de suicide réel au cours d'une maladie organique (FARBEROW, 1966 [13]).
- d'autre part la présence d'une maladie organique chez le suicidant, ou l'évocation d'un tel état pour expliquer leur geste (DORPAT 1968 [14]).

A l'analyse de ces suicides, PEDINIELLI [15](1985) a montré que les moyens utilisés étaient étroitement liés à la maladie (débranchement, accélération d'une perfusion, ouverture de la fistule, ingestion d'aliments dangereux, …)

Des raisons ont été évoqués par les sujets pour rendre compte de leur geste : changements dans la dynamique familiale, chronicité, dépendance, effets secondaires du traitement.

L'oubli ou l'interruption d'un régime ou d'une thérapeutique chez des sujets atteints de maladie chronique, peuvent mettre leur vie en danger sans qu'il y ait, néanmoins, pour autant de velléité suicidaire. Cette attitude peut évoquer un déni de la maladie. Dans ce contexte, il semble exister un décalage entre la tentative de se soustraire à la servitude, à la souffrance et à l'angoisse, et un abandon du corps au risque de mort. Certaines personnes font preuve d'une négligence coupable en délaissant volontairement un signe, un stigmate reflet d'une pathologie sous jacente inquiétante.

Chez certains sujets âgés, cette négligence s'inscrit dans un souci de ne pas déranger l'entourage ou même elle apparaît dans un contexte authentique de scrupules et de délicatesse morale.

Dans d'autres circonstances, la velléité suicidaire est exprimée par une opposition franche aux soins, par un refus de traitement ou d'intervention chirurgicale.

2°) les états régressifs :

---

[13] FARBEROW NL. Mc KELLIGOTT JW. COHEN S. DARDONNE A. Suicide among patients with cardiorespiratory illness. J.A.M.A. 1966., 195. 6 : 422-428.
[14] DORPAT T. ANDERSON W. RIPLEY N. The relationship of physical illness to suicide. Insuicidal behaviour Ed. H. L. Resorick. 188, little Brown and Co , Boston.
[15] PEDINIELLI JL. DELAHOUSSE J. Suicide et maladie organique : les avatars de la survie. Psychologie Médicale,1983, 15, 1 : 85-87.

Le sujet âgé confronté à des situations extérieures traumatisantes et génératrices d'angoisse, peut développer des comportements régressifs , décrits par TESSIER, CLEMENT et LEGER[16] sous deux modalités :

*a°) la régression régressive :

Dans laquelle des conflits archaïques jusqu'alors latents sont réactivés. Cette situation peut devenir rapidement intolérable, l'angoisse alimentant la régression et vice- versa, avec comme conséquences :

* des réactions dépressives, hypochondriaques, abandonniques, s'exprimant souvent dans une attitude d'opposition, de refus alimentaire ou de soins. L évolution d'une telle situation est souvent dramatique, aboutissant à la mort, malgré les efforts déployés par les soignants. L'entrée en institution d'hébergement ou hospitalière peut être responsable d'une telle modalité évolution.

* des tableaux pseudo-organiques comme la confusion mentale, mode de réaction particulier du psychisme à une agression exogène, qui peut être d'origine organique, psychologique ou émotionnelle. La personne âgée est particulièrement exposée à ces états confusionnels, probablement parce que les facteurs étiologiques auxquels elle est confrontée sont nombreux et que son seuil de réactivité est abaissé. La vie du sujet peut se cristalliser autour de ce noyau confusionnel, ce qui peut correspondre à un véritable « suicide intellectuel » que l'on évoque également aussi pour certaines démences.

* De véritables névroses symptomatiques aigues ou l'anxiété peut atteindre des paroxysmes morbides irréversibles. Cela se rencontre chez des personnes âgées venant d'être victimes d'un accident de la voie publique. L ébranlement émotionnel causé est tel qu'un état de panique permanent s'instaure. Peu accessible à la thérapeutique il entraîne le patient dans une spirale déficitaire tant physique que psychique aboutissant au décès en quelques semaines, rappelant les réactions de catastrophe décrites par GOLSTEIN. Il existe d'autres situations responsables de phobies centrées par exemple sur la chute et l'on retrouve alors un sentiment

[16] TESSIER JF. CLEMENT JP. LEGER JM. Le corps comme outil de suicide : approche d'une modalité suicidaire chez l'âgé. Psych Méd, 1989, 21, 4 : 512-516.

d'abandon qui peut conduire la personne âgée à un laisser aller délétère. Les traits spécifiques de ces réactions régressives sont la tendance à la réaction de catastrophe, la perte de souplesse, l'insécurité de base, l'angoisse persécutrice ou un noyau dépressif.

*b°) la régression au service du MOI :

Elle se traduit par une série de manifestations reprenant souvent en les accentuant, des traits antérieurs : plus grand repli sur soi, tendance accrue à la dépendance ou à la passivité, accentuation des aspects obsessionnels. Ces attitudes et ces conduites sont pourvoyeuses de résignation, c'est-à-dire de survie qu'alimente à moyen terme la non vie au travers de pertes multiples et de scléroses diverses. La mort est l'aboutissement d'une plus ou moins longue période grabataire.

3°) le syndrome de glissement :

Le terme de syndrome de glissement a été employé, il y a près de quarante ans par CARRIE[17], pour désigner une façon de mourir assez inexplicable des vieillards en hospice : « un processus d'involution et de sénescence » distinct de celui qui frappe un patient atteint par la défaillance d'un organe déterminé, dans le cadre d'une affection précise.

Puis ce syndrome a été repris par divers gérontologues, jusqu'à la définition de DELOMIER [18]: « affection spécifique du grand âge, c'est une décompensation aiguë (infectieuse, traumatique, vasculaire, chirurgicale, choc physique, etc.) ; c'est une maladie qui suit la maladie initiale quand celle-ci paraît guérie ou en voie de guérison ; elle évolue pour son propre compte, en quelques jours ou semaines, un mois maximum, et conduit facilement à la mort à travers les troubles biologiques et neuropsychiques sévères si un traitement approprié s'attaquant aux diverses composantes du syndrome n'est pas mis en route suffisamment tôt, et souvent malgré ce traitement. »

---

[17] CARRIE J. Etude sur les modes de décès des vieillards à l'hospice. Thèse de médecine. Clermont-Ferrand, 1956.

[18] DELOMIER Y. Les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement. Psychol Med 1985 ; 17 (8) : 111-115.

Lors de l'examen clinique, le tableau n'est en fait pas celui d'un syndrome dépressif, mais on remarque sur le plan psychologique plusieurs éléments en faveur d'un renoncement à se battre pour guérir et à déployer toute l'énergie qu'il est nécessaire pour que le sujet âgé survive ; il est marqué par une altération franche de l'état général avec asthénie majeure, perte d'appétit jusqu'au refus de nourriture, amaigrissement rapide et déshydratation.

Le sujet âgé ne s'exprime pas, il se sent vide, se laisse aller et désinvestit tout ce qui l'entoure. Il n'apparaît ni triste, ni angoissé, sans idée suicidaire, mais semble pourtant se laisser mourir. Il présente une réduction de son alimentation, de son activité locomotrice et de sa communication verbale. Il ne se lève plus, ne mange plus, ne communique plus. Il refuse de manière passive l'aide qui est proposée.

Ce syndrome de glissement pourrait être considéré comme un véritable effondrement psychosomatique[19] et non comme une variété de syndrome dépressif. D'ailleurs habituellement, le syndrome de glissement résiste aux soins de nursing attentifs comme au traitement antidépresseur, et le pronostic doit être considéré comme très sombre.

Si les mécanismes déclenchants sont variés (maladies somatiques, traumatiques, psychiques, facteurs psychosociaux), il semble que la pathogénie relève d'explications diverses. Le syndrome de glissement ne s'installe pas sur un terrain vierge : âge très avancé, lourd passé pathologique, tares organiques pré-existantes. La précarité de cet état basal fait évoquer la possibilité d'un déterminisme rationnel pour certaines attitudes de glissement.

Dans cette condition, le sujet âgé est confronté à une incapacité de trouver en lui l'énergie biologique suffisante pour se maintenir en vie. Il s'agit ici non pas de la réussite d'une tentative de mort mais l'échec de la tentative de vivre.

Pour d'autres auteurs comme ERNST et HENNIAUX[20] (1981) il s'agit d'une manifestation psychosomatique correspondant à un système de défense contre les perturbations psycho- affectives et contre un environnement hostile.

4°) les automutilations :

---

[19] FERREY G. TAURAND PH. GHODHBANE T. Le syndrome de glissement, effondrement psychosomatique ? Psychologie Médicale, 1991, 23 (8) :907-911.

[20] HENNIAUX H. ERNST J. Le syndrome de glissement, réflexions psycho-somatiques : existe-t-il un syndrome de glissement réversible ? Revue de gériatrie 1981, 6 : 331-333.

Même rare, l'automutilation au sens strict existe chez l'âgé. Elle peut prendre l'aspect d'un acte suicidaire manqué (phlébotomie), parfois ce sera la manipulation du sphincter anal qui entraîne parfois une anémie inexplicable (syndrome de l'asthénie de FERGOL).

La survenue d'abcès, la persistance de plaies torpides peuvent être liées a des lésions de grattage répétitives et auto- entretenues. L'arrachement volontaire du matériel de perfusion peut aboutir à des délabrements cutanés importants.

5°) les conduites addictives :

* la surconsommation de médicaments :

Chez certains sujets âgés , elle peut finir paradoxalement par les léser et les détruire. Un désir excessif de santé peut être suicidogène.

* dans le cadre de l'alcoolisme :

Qu'il s'agisse d'un alcoolisme vieilli ou d'un alcoolisme tardif, le déterminisme autodestructeur est toujours le même. Ce sont les complications qui engendrent la mort brutalement ou insidieusement. Mais les corrélations entre suicide et alcoolisme ne sont pas si évidentes qu'on pourrait le croire. L'alcoolisme peut favoriser le passage à l'acte en inhibant les défenses psychiques face à la mort Il peut aussi, en tant que remède à l'angoisse, inverser ses effets au-delà d'un certain seuil.

LE CORPS COMME OUTIL DU SUICIDE

Que la mort soit passive ou violente, le corps est toujours l'outil par lequel elle s'exprime et dans lequel la mort se fait. Le mourant se lamente de voir ce corps lui faire défaut pour continuer à vivre alors que le suicidant s'interroge sur le moyen le plus radical pour détruire ce corps afin d'abréger sa vie ; si l'un se plaint, l'autre se réjouit.

Le grand âge est un moment existentiel ou l'idée de la mort et les éprouvés du corps sont plus intenses qu'à une autre période de la vie humaine.

Vivre longtemps, c'est tendre vers une intégration plus intense des différentes facettes qui nous composent et qui nous façonnent. Corps, intelligence, affect se lient en un tout encore plus fortement indivisible qu'à un autre age. Cette force intégrante et métabolisante qu'est l'avance en âge, modifie le désir de vie et de désir de mort du sujet. Quand on vieillit, la mort et la vie ont un éclat ou une ombre qui ne sont ni ceux de l'enfance ni ceux de l'age adulte.

La vieillesse apporte son lot de modifications physiques qui influent sur la façon singulière dont l'individu perçoit son identité et son rapport au monde.
Avec l'âge, les traits du visage se transforment, la stature décroît et se voûte, la peau se plisse, le mouvement se ralentit et s'appauvrit, l'efficience sensorielle se dégrade, la douleur s'incruste insidieusement et durablement. L'érosion du corps par le remaniement des formes

et le réaménagement des traits en fait un médiateur moins performant, pourvoyeur d'isolement

Les pertes consenties, les incertitudes qui en naissent, placent le sujet dans un état d'insécurité. Les agressions, même celles apparemment banales et habituelles, deviennent plus incisives chez un individu qui, de par son âge, les reçoit plus intensément.

L'intériorité de la personne se trouve elle-même menacée. Le sujet est confronté à un corps dont le solde devient négatif et qui « de facto » se meurt.

A cela s'ajoute un jugement déprécié porté par la société à l'égard de la vieillesse. La maintenance du niveau de l'estime de soi n'est plus assurée et il ne peut que s'en suivre une défaillance narcissique du sujet. La continuité de la vie devient relative et à la lumière des enjeux et des efforts à déployer pour vivre ou pour survivre, le choix d'arrêter demeure une des solutions possibles.

Le vieillard porte en lui la mort comme nul autre en dehors de cet âge. Il en est le dépositaire légal ; elle l'habite et s'infiltre en lui jusqu'à l'anéantissement. Ce qui importe pour la personne âgée, ce n'est pas tant le fait de savoir qu'elle va mourir mais plutôt celui de savoir qu'elle va vivre avec la mort.

Vieillir c'est une crise. Les modifications de la relation aux autres, l'altération de l'aspect physique et des capacités physiologiques, le flou de l'identité sociale mettent en question la place, le rôle et le devenir du sujet

En l'absence de réponse convenable et adaptée aux préoccupations, ou à la situation présente , la recherche volontaire de l'échéance finale constitue un moyen d'abréger l'attente intolérable d'un avenir inquiétant marqué par la souffrance et la mort.

Le recours à un acte mortifère témoigne d'un désir manifeste de mourir de façon rapide et directe. Mais on observe avec une grande fréquence à cette époque de la vie des conduites aboutissant à l'issue fatale de façon différée et progressive. Le refus de lutter contre une maladie déclarée, l'entrée dans un état régressif ont dans certains cas, une valeur suicidaire évidente. La pensée mobilisée dans une conduite d'abandon laisse le corps en jachère.

LA SIGNIFICATION DU SUICIDE CHEZ L'AGE

L'une des particularités du suicide chez la personne est que, parfois, il peut être envisagé comme le choix rationnel ou philosophique du sujet, alors, qu'il apparaît, le plus souvent en relation avec des éléments psychopathologiques ou interviennent les aléas du processus du vieillissement, les pertes et les deuils, les risques de maladie et l'approche de la mort, ainsi que divers facteurs sociaux.

Ces significations diverses des conduites suicidaires ont bien été décrites par le Pr PELICIER qui distingue :

* le suicide pour éviter de mourir :

qui traduit essentiellement la peur de mourir vivant, par petits morceaux, en subissant la dégradation, la déchéance , la dépendance.

* le suicide de constatation :

résultant de l'évaluation que fait le sujet âgé de sa situation dans le milieu et de son interprétation des messages qu'il reçoit de son milieu.

* le suicide d'effroi :

qui est une réaction de fuite devant une situation de menace directe,ou raptus anxieux par débordement des capacités de contrôle de l'individu.

* le suicide de deuil :

en relation avec l'ensemble des deuils à effectuer et des renoncements nécessaires.

Essayer de se donner la mort n'est jamais un geste neutre en lui-même. Il nécessite une mobilisation considérable pour surmonter tout un système de défense mis en place par nos instincts d'autoconservation.

Le suicide est toujours un message désespéré par lequel le patient clame à son entourage son désarroi et son incapacité à trouver une solution apaisante. Il est aussi sous-tendu par une agressivité dirigée d'abord contre le sujet lui-même. Celui-ci se considérant comme une charge pour ses proches, en se supprimant, met un terme à cette situation.

Cet acte autolytique peut aussi être le résultat d'un bouleversement existentiel lié au vieillissement. La spécificité du suicide chez le sujet âgé trouve son origine dans l'évolution du « travail du vieillir ». L'individu doit accepter l'idée de sa mort prochaine. Cette évolution déjà pénible est rendue encore plus difficile par les effets directs du vieillissement et les perspectives qui en découlent.

Ce sentiment de dessaisissement peut devenir insupportable. L'image idéale que se fait le sujet de lui-même ne correspond plus à la réalité telle que la lui renvoie l'environnement, ce miroir implacable. Ce constat débouche sur une impression d'altération du MOI. Ainsi le vieillissement s'accompagne toujours de renoncement et de deuil sous- tendu par des mécanismes dépressogènes.

C'est dans les ratés de ce long parcours que rentre la cause de la crise suicidaire, notamment dans l'articulation entre les défaillances de l'environnement, la répétition des atteintes narcissiques et la restriction des perspectives temporelles, la fragilité de la personnalité du sujet jouant dans ce contexte un rôle essentiel.

Le suicide de la personne âgée se caractérise par le succès fréquent de l'acte mortifère. Sa prévention primaire doit être prioritaire pour le médecin en recherchant systématiquement un état dépressif et en réduisant les différents facteurs de risque.

PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU SUICIDE DES PERSONNES AGEES

En Autriche, déjà, un psychiatre autrichien, le Pr. E RINGEL(1921-1994), un des premiers acteurs essentiels de la naissance de la suicidologie, a consacré la plupart de ses travaux à l'étude du risque suicidaire, et, par là même, à la prévention du suicide et a publié en 1967, l'un de ses articles essentiels, intitulé « Incommodités de la vie et gêne présuicidaire », dans lequel il décrit le syndrome présuicidaire et met l'accent sur le premier des phénomènes du syndrome présuicidaire, à savoir la gêne présuicidaire.

Dans cet article, il envisage des fonctionnements psychopathologiques mettant en œuvre les interactions entre la personnalité propre du sujet et sa situation d'existence et s'intéresse entre autre à l'étude du groupe des sujets âgés, et à l'attitude du groupe social vis–à-vis du suicide.

Dès 1948, il participe activement à la création d'un centre de prévention du suicide qui est le premier de cette nature en Europe. L'expérience clinique acquise et les études conduites au cours du temps, amènent le Pr. Ringel à fonder, en 1960, « l'Association Internationale pour la prévention du suicide », dont il sera le Président pendant de nombreuses années, et à laquelle, aujourd'hui, adhèrent une cinquantaine de pays.

Dépister les personnes âgées qui vont se suicider est une mission difficile. S'il ne parait pas possible d'abolir le suicide, il semble tout à fait envisageable d'en réduire ses effets.

C'est ainsi que, la Grande Bretagne [21]a été un des pays d'Europe à considérer le suicide comme un problème de santé publique, et à mener à l'échelle du pays, de nombreuses campagnes de prévention et de prise en charge. Il est aujourd'hui le pays du vieux continent ou le nombre de décès par suicide est le plus bas.

En Suède, l'étude de Gotland [22], publiée en 1992 , était fondée sur un programme pédagogique auprès des médecins généralistes, axé sur le dépistage, la prévention et le traitement des troubles dépressifs, qui a permis une diminution de 50 % des suicides.

Comment est il possible de repérer et de faire connaître aux professionnels de santé, la spécificité des facteurs de risque liés à l'âge et quels sont ces facteurs de risque ?

A°- LES FACTEURS DE RISQUE ACCESSIBLES A UN REPERAGE

1°) LA DEPRESSION :

Apprendre à repérer les personnes âgées déprimées est un objectif important, car la dépression est sans aucun doute la maladie mentale qui favorise le plus grand nombre de passages à l'acte suicidaire. Chez le sujet âgé, cette pathologie est largement sous-estimée (un tiers des cas de dépression ne serait pas reconnu ;) et comme nous l'avons souligné déjà, toutes les études ont montré que les trois quart des personnes qui se sont données la mort avaient consulté leur médecin généraliste pendant les mois qui avaient précédé le suicide.

Cette méconnaissance relève de différents facteurs, dont les deux principaux paraissent être , une expression clinique trompeuse de la dépression chez le sujet âgé et une banalisation des symptômes assimilés au vieillissement normal (ralentissement, retrait, somatisation…), qui piègent le médecin .

Le concept de dépression masquée est né il y a une vingtaine d'années désignant des tableaux ou les symptômes dépressifs sont larvés et cachés derrière des signes trompeurs et imprécis.

---

[21] DENNIS MS. LINDESAY J. Suicide in the elderly :the United Kingdom perspective. International Psychogeriatrics, 7 (2), 263-274,1995.
[22] FINGER S. L'Europe du suicide. Abstract Neuro et Psy, 1996, 144 :16-20.

Freud décrivait dans « Deuil et Mélancolie », des dépressions « ou le physique plutôt que le psychique domine le tableau clinique à un tel degré qu'il nous rappelle plutôt un désordre somatique que psychique ».[23]

Il a fallu attendre 1973, pour que le concept de dépression masquée soit exploré plus précisément et c'est KIELHOLZ qui, lors d'un symposium international à St Moritz, a donné la définition suivante : « la dépression masquée est une dépression endogène ou psychogène dans laquelle les symptômes corporels se situent sans équivoque au premier plan, alors que les symptômes psychiques restent totalement en arrière plan. »

Aujourd'hui, dans la CIM 10, la dépression masquée ou dépression atypique est classée dans F32.8 : « autres épisodes dépressifs. »

Il est difficile de donner une présentation systématisée de la dépression chez le sujet âgé, qui mois évidente et moins franche que chez le sujet jeune, tant les formes trompeuses sont variables dans leur symptomatologie.

Certains symptômes tels que l'irritabilité, la perte d'intérêt et le sentiment de ne pas pouvoir faire les choses correctement sont plus fréquents chez eux que chez les sujets jeunes.

D'autre part les personnes âgées ont des difficultés à se reconnaître déprimées et à s'en plaindre ; elles vont exprimer leurs affects plutôt par le biais de plaintes somatiques, existentielles ou hypochondriaques pouvant indisposer l'entourage ; de fait les proches considèrent souvent à tort que les plaintes somatiques ou l'éventuelle demande d'aide sont simplement à mettre sur le compte du vieillissement. Notamment sont attribués de façon erronée au vieillissement normal, des symptômes centraux de la dépression tels que perte d'intérêt, asthénie et perte d'énergie, diminution de l'appétit et modification du sommeil, ralentissement psychomoteur et difficultés à penser et à se concentrer.

On a même parlé de « la légitime tristesse du vieillard » par un processus de banalisation sociale, considérant comme normal qu'une personne âgée s'ennuie, se sente inutile ou dévalorisée. A l'inverse, l'humeur dépressive peut être parfois inapparente du fait

[23] FREUD S. Deuil et Mélancolie, in : Métapsychologie. Paris, Gallimard, 1971, pp 147-174.

de l'émoussement affectif apparaissant chez certaines personnes vieillissantes, pouvant passer pour de la sérénité.

Donc chez la personne âgée la dépression peut prendre des allures différentes et trompeuses avec des tableaux cliniques variés ; on peut citer surtout :

* a°) DES TABLEAUX SOMATIQUES :

Près des deux tiers des sujets ont des plaintes somatiques prédominantes et dans 30% des cas , cette somatisation est le symptôme initial de la maladie. Il s'agit de perturbations du système nerveux central (par exemple sous forme de troubles de mémoire ou de difficultés de concentration), de désordres gastro-intestinaux, d'un mauvais état général, de douleurs ostéo-articulaires et musculaires, de troubles cardio-vasculaires. A coté de cela, il y a un déni des sentiments de dépression et une absence de tristesse observable, qui gène le diagnostic.

Des plaintes hypochondriaques peuvent constituer le tableau dépressif ; les plaintes sont alors principalement cardio-vasculaires, urinaires et gastro-intestinales et elles peuvent prendre des proportions délirantes.

Mais il ne faut pas négliger le contexte fréquent d'une maladie physique concomitante. Près d'un quart des hommes âgés et un tiers des femmes âgées présentant une maladie physique, ont une dépression associée.

- b°) DES TABLEAUX AVEC DES SYMPTOMES PSYCHIATRIQUES :

Le trouble du sommeil est un des symptômes préférentiels du vieillard, fonction physiologique qui se modifie avec le vieillissement et qui est surinvestie par la personne âgée.

Plus souvent chez les patients âgés que chez les sujets jeunes, l'anxiété, une agitation psychomotrice, une symptomatologie délirante, un état confusionnel peuvent constituer un tableau clinique de dépression masquée.

De plus les sujets âgés dépressifs sont parfois irritables et hostiles avec une présentation caractérielle. Ils peuvent avoir des attitudes d'opposition volontaire comme refuser de manger, refuser de répondre aux questions et devenir coléreux, crier sans cesse

- c°) DES FORMES PSEUDO- DEMENTIELLES :

Les perturbations intellectuelles que provoque la dépression peuvent être importantes et faire évoquer le diagnostic de démence plutôt que celui de la dépression .

C'est WERNICKE qui en 1880 avait introduit le concept de pseudo- démence, pour évoquer, des formes progressives et réversibles de troubles cognitifs, qui traduisaient diverses situations psychiatriques en particulier des dépressions, mais également des états hystériques, des psychoses.

En effet, de nombreux cas de pseudo- démence ont spectaculairement régressé du fait d'un traitement antidépresseur d'épreuve. Ces formes représenteraient environ 15 % des dépressions franches des sujets âgés ; les troubles de l'humeur y sont peu apparents.

Le tableau clinique, il est vrai, n'est pas net. Le vieillissement cérébral se caractérise par un affaiblissement progressif des fonctions supérieures : perte d'intérêt, troubles mnésiques avec troubles du jugement, troubles du langage et du comportement ; de même qu'il entraîne un ralentissement psychomoteur ; d'où la tendance à imputer facilement à une démence ce qui uniquement revient à une dépression du vieillard.

Le traitement antidépresseur d'épreuve est donc parfois le moyen de confirmer l'existence du trouble de l'humeur sous –jacent et il devra être poursuivi suffisamment longtemps pour mieux couvrir le risque de rechute et de démence ultérieure.

- d°) LE DEPISTAGE DE CES DEPRESSIONS :

Le médecin doit être particulièrement à l'écoute et surveiller une population à risque composée entre autre des veufs âgés, des célibataires vieillis, et toutes personnes âgées atteintes de maladies incurables ou durablement pénibles.

D'une façon générale, on tiendra compte, à fortiori chez les sujets âgés fragiles :

- des évènements récents : que sont un échec, une solitude récente (un deuil, une transplantation, un déménagement, un éloignement de la famille, la perte d'un animal domestique), une tension émotive (conflit familial, surmenage, …), une fatigue (épuisement physique, maladie organique, promiscuité bruyante…), un conflit lié à la vie affective (ressentiment, révolte non exprimée, motif parfois futile mais de grande valeur symbolique), des mobiles pseudo- délirants (complot supposé, persécution, préjudice, jalousie…).

- Des modifications comportementales du sujet lui même : fragilisation relationnelle, isolement, désintérêt pour l'avenir, absence de projet, découragement systématique, laisser aller vestimentaire, alcoolisme solitaire, repliement, tristesse, abandon ou don d'objets, testament…

- Des modifications comportementales de l'entourage du sujet : absence, hostilité, agacement, indifférence, perversité.

- Des symptômes récents touchant l'appétit, le sommeil, la sociabilité.

- L'émergence de sentiments négatifs : à l'égard de soi (dépréçiation, auto-accusation, incapacité, incurabilité) ou du monde extérieur (méchanceté, persécution, sentiment de fin du monde…).

- De la personnalité du sujet âgé (impulsive, dépendante etc.)

2°) L'HYPOCHONDRIE :

Plutôt que de considérer les personnes âgées avec des plaintes hypochondriaques comme des malades imaginaires (en leur prescrivant des placebos ou des vitamines…) ou des patients névrotiques, il est important d'apprendre à repérer la douleur morale sous jacente qui ne peut pas dire sa nature ; cette douleur morale peut être consciemment masquée(par honte, par peur de causer du souci à ses enfants etc.) ou masquée de manière inconsciente (refoulement).

Une étude cas / témoins[24] comparant 50 personnes âgées ayant tenter de se donner la mort à 50 personnes âgées témoins, retrouve 2 fois plus de patients ayant des plaintes hypochondriaques dans le premier groupe que dans le groupe témoin .

[24] TAKAHASHI Y. HIRASAWA H. KOYAMA K.et al.Suicide and aging in Japan : An examination of trreated elderly suicide attempters. Int. Psychogeriatrics, 7 (2), 239-25, 1995.

Une autre étude plus ancienne[25] a montré que dans un échantillon de 150 personnes de plus de 60 ans, 8 % de ceux qui n'avaient pas de plaintes hypochondriaques avaient effectué une tentative de suicide, versus 24% , c'est à dire 3 fois plus chez ceux qui avaient des plaintes hypochondriaques.

3°) LES PERSONNES AGEES QUALIFIEES DE DIFFICILES :

Les personnes âgées hostiles ont tendance à être considérées comme des caractérielles insupportables, pour lesquelles rien n'est possible (on ne peut pas changer la personnalité) ; ce comportement hostile peut être la conséquence d'un épisode dépressif réversible, survenant chez une personnalité forte.

J.C. Montfort propose la métaphore de « l'effet de la marée sur les récifs »; un épisode dépressif pourrait faire saillir les traits de personnalité (hostilité, agressivité, méfiance) comme une marée descendante à fort coefficient fait apparaître les récifs ; on ne peut pas par changer la place des récifs, on peut par contre attendre le retour de la marée haute, le retour de l'élan vital qui va venir recouvrir les traits.

4°) SYNDROME PRE- SUICIDAIRE :

L'avancée en âge s'accompagne d'une atténuation, voire d'une disparition de la crise précédant la mort par suicide. Le ratio tentative de suicide / suicide réussi diminue avec l'âge. Non seulement la personne âgée ne va pas manifester sa détresse par une crise ou une tentative de suicide, mais elle va s'en défendre en gardant l'apparence d'un pseudo-investissement de la vie future. Ce n'est pas parce qu'une personne âgée parle de ce qu'elle va faire dans l'avenir, qu'il faut écarter l'hypothèse d'un passage à l'acte suicidaire.

Ceci est illustré par le contenu de certaines lettres destinées aux survivants, comme « n'oubliez pas de faire la vidange de la voiture ». Le maintien de projets est l'une des causes de la surprise de l'entourage et du médecin généraliste « comment aurions nous pu penser

[25] DE ALARCON R. Hypochondriasis and depression in the aged. Gerontology Clinics, 6, 266-277, 1964.

qu'elle allait se tuer ? ». Souvent c'est l'autopsie psychologique qui va amener les membres de l'entourage à prendre conscience des signes infra-cliniques d'une crise interne passée inaperçue.

B°- INTERVENTIONS AUPRES DES PERSONNES A RISQUE SUICIDAIRE

1°) LA CHIMIOTHERAPIE :

Les sujets âgés ont une demande médicamenteuse importante et cherchent souvent des solutions à leurs difficultés avec les médicaments plutôt qu'avec les aides psychologiques. Chez le déprimé, les traitements pharmacologiques sont effectivement nécessaires et tiennent une place importante dans la prise en charge.

Le résultat des autopsies psychologiques des personnes âgées suicidées montre qu'au moins 2 tiers étaient déprimés, mais que seulement 1 quart bénéficiait d'un traitement antidépresseur[26]. D'autres études mentionnent que seulement 10 % des suicidés ont une ordonnance d'antidépresseur. Ce résultat est l'un des arguments en faveur du test antidépresseur d'épreuve chez les personnes âgées. Ce test n'a pas la faveur de tous depuis la publication de rapports sur la sur-prescription des antidépresseurs en France.

Le pessimisme thérapeutique des médecins concernant les dépressions des personnes âgées doit être combattu. Le pronostic d'un état dépressif traité est aussi bon chez la personne âgée que chez l'adulte jeune, mais il faut maintenir le traitement pendant une durée suffisante.

Les antidépresseurs demeurent essentiels dans l'arsenal thérapeutique des états dépressifs, encore faut il les utiliser à bon escient : respect des indications et des contre indications, posologie adaptée, durée du traitement réglementaire, protocole de surveillance organisé. De nombreuses études montrent que trop souvent, la chimiothérapie anti-dépressive chez le sujet âgé, est prescrite de façon inadaptée avec des résultats inefficients.

A côté des antidépresseurs, il faut également dire un mot du lithium et des personnes âgées ; on voit souvent des interruptions du lithium chez les personnes âgées alors qu'il aurait

[26] LEMPERIERE T. Dépression et suicide.

suffit de diminuer les doses et d'augmenter les fréquences de contrôle. La conséquence de l'arrêt d'un tel traitement peut être à l'origine d'une nouvelle décompensation, avec majoration du risque suicidaire. Une étude canadienne[27] a démontré que le maintien sous lithium a permis de ramener le taux de suicide à celui de la population générale ; donc un des moyens pour ne pas voir augmenter le taux de suicide chez les personnes âgées est de déconseiller l'arrêt du lithium.

2°) LA SISMOTHERAPIE :

La mélancolie demeure l'indication de choix pour la sismothérapie, notamment quand elle est chimiorésistante ou lorsque la personne âgée présente, une contre indication absolue aux antidépresseurs . Sa mise en œuvre reste le plus souvent possible dans cette tranche d'âge où, malgré la prévalence des troubles somatiques, ses contre indications sont rares

3°) LES PSYCHOTHERAPIES :

Si la prescription d'antidépresseurs est une nécessité dans le traitement d'un syndrome dépressif chez le sujet âgé, elle doit toujours s'effectuer dans le cadre d'une relation thérapeutique et s'accompagner d'un soutien psychologique.

Les sujets âgés répondent à la psychothérapie, l'âge lui-même n'est pas une contre-indication. Plusieurs préjugés fréquemment retrouvés ont ralenti les recherches dans ce domaine, comme : les sujets âgés déprimés seraient de mauvais candidats à la psychothérapie parce qu'ils auraient perdu la capacité ou la motivation au changement, leur résistance à toute prise en charge psychologique serait importante, ils auraient une vision de la psychiatrie plus négative que celle des jeunes générations.

Freud avait 48 ans lorsqu'il écrivit « autour de la cinquantaine la plasticité des processus mentaux sur lesquels agit la psychothérapie est en règle diminuée ; de plus la masse des matériaux à prendre en considération prolongerait le traitement de manière indéfinie »[28]. En fait l'évolution constante de sa pensée et de ses écrits jusqu'à sa mort, à l'âge de 82 ans,

---

[27] AHRENS B. GROF P. MOLLER-OERLINGHAUSEN B. MULLER- OERLINGHAUSEN B. WOLF T. Extended survival of patients on long term lithium-treatment. Can. J. Psychiatr., 40 (5) , 241-246, 1995.
[28] FREUD S.De la psychothérapie. In . S. Freud. La technique psychanalytique. Paris, PUF, 1953, pp 17.

démontre que, si le vieillissement limite dans certains cas la plasticité de la personnalité, il le fait à des degrés divers et à des âges si différents qu'on ne peut donner aucune règle générale.

L'action psychothérapique chez le sujet âgé repose essentiellement sur la restauration de l'estime de soi et de la qualité de son investissement relationnel ; elle doit aussi l'aider à affronter le sentiment de perte autrement, en s'y résignant mais sans renoncer à la vie, c'est à dire sans renoncer à sa dignité, à sa place d'individu dans une famille, dans un lieu, fût il une maison de retraite, et à son statut de citoyen dans une région et dans un pays.

On distingue plusieurs formes de psychothérapies, celles individuelles et les psychothérapies de groupe. Elles peuvent être classées selon leur nature et nous allons essayer de suivre cette approche.

* a °) LES PSYCHOTHERAPIES DE SOUTIEN :

Elles constituent l'approche la moins codifiée reposant essentiellement, sur la pratique et l'expérience. Elle ne vise à aucun remaniement profond ; son but premier est l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et son patient, avec pour objectif de contribuer à l'amélioration des symptômes et de renforcer les défenses psychiques existantes.

Parmi les autres intérêts de la thérapie de soutien, on trouve l'information sur la maladie dépressive, la gestion des relations avec l'environnement familial et social, l'encouragement et la valorisation des attentes positives à l'égard de la vie ; la relation d'aide et d'assistance peut également soutenir le sujet âgé dans sa reconnaissance et son acceptation de capacités diminuées et d'une dépendance plus grande.

La thérapie de soutien , importante lors des moments de crise et d'interrogation, permet une plus grande assurance du sujet envers ses possibilités, afin de diminuer son angoisse et lui redonner plus d'entrain. Ce type de soutien peut être très utile pour les vieillards déprimés très handicapés ayant des altérations intellectuelles et une activité limitée ; la dépendance qui les caractérise oblige à agir sur le milieu pour l'adapter au vieillard ; pour cela la relation thérapeutique consistera à bien choisir ses mots, à s'assurer que les interventions et les éventuelles interprétations sont recevables et comprises, en un mot elle doit induire la confiance.

* b °) LES THERAPIES PSYCHODYNAMIQUES :

Elles regroupent la cure psychanalytique et les psychothérapies d'inspiration analytique dont le principe de base repose sur la reviviscence et la compréhension par le sujet, de conflits psychiques infantiles non résolus, réactivés lors de l'accès dépressif survenu à l'occasion d'un événement traumatique, le plus souvent une expérience de perte. La sénescence représente une période particulièrement favorable à l'éclosion d'une dépression chez le sujet vulnérable, dans la mesure où les situations de perte sont plus marquées à cet âge, qu'il s'agisse de la perte du conjoint, du travail, ou des capacités personnelles.

Le fonctionnement psychique d'une personne âgée n'est pas fondamentalement différent de celui d'une personne plus jeune ; les conflits psycho-sexuels inconscients de la vie infantile à l'origine des symptômes peuvent se reproduire chez les adultes quelque soit leur âge. Selon LE GOUES [29] « la vie affective est superbement intemporelle » ; le complexe d'Œdipe peut être revécu dans le transfert avec autant de fraîcheur à 80 ans qu'à 20ans. Ainsi la technique utilisée par le thérapeute reste la même qu'il s'agisse d'une personne âgée ou plus jeune.

Pour ce type de thérapie, la forme classique (longue durée, coût élevé, séances fréquentes, attitude de stricte « neutralité » bienveillante du thérapeute, position allongée…) est peu adaptée à la prise en charge des états dépressifs du sujet âgé. Le psychothérapeute doit concilier un traitement assez long pour permettre l'élaboration de deuils parfois anciens, mais suffisamment court pour qu'il ne risque pas d'être interrompu par des causes extérieures telles que la maladie, le départ en institution ou même le décès.

Les psychothérapies brèves sont particulièrement adaptées aux personnes âgées déprimées présentant des difficultés circonscrites aux problèmes de la sénescence. La structuration du temps de la psychothérapie est très importante pour aider le patient âgé à élaborer les angoisses de séparation et investir le temps qui lui reste à vivre.

Dans son ouvrage, « la solitude apprivoisée », QUINODOZ[30] montre que les interruptions de la rencontre entre psychothérapeute et patient déclenchent l'apparition d'angoisses liées à la crainte inconsciente de la séparation et de la perte d'objet, mais que simultanément, ces situations créent des moments privilégiés pour interpréter et élaborer ce type d'angoisse.

---

[29] LE GOUES G. Le psychanalyste et le vieillard. Paris, PUF, 1991.
[30] QUINODOZ JM. La solitude apprivoisée. Paris, PUF, 1991, 240 pages.

Les difficultés se posent lorsque le patient ne peut plus se déplacer, lorsqu'il devient très dépendant de son entourage ou lorsqu'il utilise le langage par le biais du corps ; le psychothérapeute doit être à l'écoute de tout ce que son patient cherche inconsciemment à lui transmettre dans une psychothérapie analytique, même lorsque son langage est inhibé ou perturbé, ou qu'il utilise inconsciemment une communication non verbale.

En pratique psychogériatrique, deux types d'intervention assez spécifiques peuvent se dégager : l'une concerne l'aide au travail du deuil, et l'autre la reconstruction de la propre histoire de l'individu et de son identité.

*c °) LES THERAPIES FAMILIALES SYSTEMIQUES :

Le soutien que représente, pour un patient âgé, sa famille peut être d'une telle importance que le médecin sera amené, chaque fois que cela est possible, à rechercher une alliance thérapeutique avec elle. Elle visera à clarifier les problèmes qui existent et à expliquer à l'entourage familial la signification du comportement et des conduites du parent déprimé. L'entourage peut mal comprendre les symptômes du sujet âgé et mal les tolérés, ou à l'inverse, avoir tendance à le surprotéger et à l'infantiliser.

Les modalités relationnelles entre les différents membres de la famille peuvent être considérablement remaniées et avoir comme conséquence une réactivation de conflits anciens, ou des conflits de rôle chez les enfants, partagés entre leurs responsabilités envers leur conjoint et leurs propres enfants d'une part, et leur devoir à l'égard de leur parent d'autre part. Ces conflits peuvent eux même aggraver ou chroniciser la dépression de l'âgé.

L'attitude du thérapeute doit combiner avec une certaine flexibilité , les séances individuelles avec le patient et les rencontres avec la famille. L'objectif de la thérapie est d'étudier les interactions de la famille pour en changer certaines règles, afin de permettre une restructuration, donnant à chacun, patient, conjoint, enfants, la place qui lui revient.

*d °) LES PSYCHOTHERAPIES DANS LES INSTITUTIONS :

Elles ont une importance particulière dans la prise en charge des états dépressifs des sujets âgés, un grand nombre d'entre eux étant obligés de rejoindre en institution ou médico-sociale pour la fin de leur existence.

Elles tentent de cerner les difficultés de cette vie commune et envisagent les efforts qui doivent être mobilisés pour la rendre plus agréable. Habituellement les personnes âgées rêvent de terminer leur vie d'une façon qui préserve leur indépendance et préfèrent la solitude à la promiscuité avec d'autres vieillards « tout plutôt que la maison de retraite ».

Cette crainte des autres âgés se double parfois de misanthropie active, d'une crainte de la vision de la décrépitude et du gâtisme. En fait, une communauté de personnes âgées est sur le plan psychosociologique difficile à faire vivre et pour cela il faut s'y attacher avec des moyens, des connaissances et de la réflexion.

Le fondement essentiel du confort réside dans les relations humaines, entre les pensionnaires, avec les soignants et les visiteurs, et s'appuie sur le tissu relationnel de la vie quotidienne que l'institution est capable de générer, véritable thérapeutique psychosociale de l'isolement et de la décrépitude.

Après avoir citer ces différentes psychothérapies il est important de repérer les éléments à mettre en valeur par une psychothérapie destinée aux personnes âgées suicidaire ; l'essentiel serait de revaloriser la personne âgée, en l'aidant à retrouver son identité et l'estime de soi ; le suicide étant un geste agressif, on pourrait dire qu'il faut ne pas s'aimer pour vouloir se tuer. Des séances de remémorations du passé permettent aux personnes de se souvenir qu'elles ont été utiles afin de les revaloriser.

Certains sujets âgés ont souffert toute leur vie d'une déficience d'identité, dont ils ne prennent conscience qu'à un âge avancé, happés qu'ils étaient par de multiples occupations qui leur avaient évité toute réflexion sur eux même ; la décompensation se produit alors, lorsque « l'agir » ne masque plus « le manque d'être », et que le sentiment de ne pas s'être trouvé soi-même rend insupportable l'approche de la mort. La mort prend un caractère d'autant plus effrayant qu'elle peut survenir avant que le patient n'ait trouvé sa propre place.

Il est important de l'aider à parler du passage de la vie à la mort. Certaines personnes âgées sont capables de se donner la mort pour éviter le stress que représente la mort et surtout ce qui la précède. Les médecins peuvent réapprendre à parler de la mort avec les personnes âgées, en anticipant ce stress et aborder ce sujet tabou.

Quant à la relation aux autres, il faut aider les personnes âgées à mieux percevoir les liens qui les unissent aux autres et de les aider à renouer des liens avec l'entourage en leur rappelant « qu'il y a peut être des choses à se dire et qu'il n' y a peut être plus trop de temps . »

En vieillissant le tissu relationnel devient aussi essentiel que tout autre tissu ; sevré de dialogue et d' écoute, l'individu âgé peut dépérir ou ne plus trouver les raisons d'exister . La famille demeure le lieu privilégié des échanges interindividuels. Quand elle n'existe pas ou plus, parfois c'est le voisinage qui peut faire office de lieu d'échange.

D'autres intervenants concourent dans ce réseau de soutien, notamment le médecin traitant, l'aide ménagère ou l'assistance sociale. Il semble important que les participants de ce réseau d'aide entretiennent des relations régulières et coordonnées, et que leurs actions répondent à des objectifs bâtis en commun et suivis par tous.

CAS CLINIQUE N° 1

M eme G âgée de 91 ans, a été hospitalisée dans notre service , au CESAME, pour la première fois, du 7 au 27 février 2006 , adressée par son médecin traitant et les urgences du CHU suite à une tentative de suicide par strangulation .

Elle a de lourds antécédents médico-chirurgicaux :

- une embolie pulmonaire.
- Une insuffisance cardiaque.
- Un AIT en 20004 .
- Une hypertension artérielle.
- Un cancer du sein droit opéré en 2003.
- Une fracture récente de la hanche droite en 2005 ayant entraîné une baisse importante de l'autonomie.
- Un syndrome anxio-dépressif depuis son cancer du sein, traité par du XANAX et PROZAC.

Cette patiente est veuve depuis 1992 et est mère de 2 enfants, un fils qu'elle a perdu en 2000, décédé d'un cancer et une fille qui est très présente et qui s'occupe beaucoup d'elle.

Depuis 10 ans , Meme G vivait en institution de type foyer logement où elle se plaisait, puis a dû changer d'établissement récemment compte tenu de la baisse de

son autonomie , secondaire à sa polypathologie (cancer du sein, arthrose dorso-lombaire douloureuse et invalidante aggravée par la fracture du col du fémur.) Depuis un an, elle vivait dans son nouveau lieu d'accueil où elle n'avait noué aucun lien social avec les autres résidents.

Depuis quelques jours, Meme présentait des troubles cognitifs à type de désorientation temporo-spatiale ; elle se perdait dans le foyer, s'isolait de plus en plus en quittant rapidement le réfectoire au moment du repas ; elle appelait sans cesse sa fille au téléphone et se montrait plus exigeante et plus agressive à son égard. Elle manifestait de l'opposition (a refusé d'aller à sa consultation chez le cardiologue) et exprimait clairement des velléités suicidaires à sa fille.

Le 7 février la patiente est admise dans notre service pour TS par strangulation ; le matin même elle avait été retrouvée par le personnel du foyer dans sa chambre, par terre les fils de son téléphone emmêlés autour de son cou. Dans la chute elle avait présenté un traumatisme crânien avec une plaie superficielle du cuir chevelu. Aux urgences du CHU elle avait une attitude mutique et prostrée.

A son admission dans notre service elle présentait un tableau dépressif franc avec des pleurs une tristesse de l'humeur ainsi qu'une souffrance morale avec la persistance d'idées noires ; elle ne critiquait pas son passage à l'acte et exprimait le fait qu'elle ne regrettait pas son geste ;elle ressentait un fort sentiment de désespoir avec un certain pessimisme « elle pense que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue », « elle n'a qu'un seule envie c'est que la vie s'arrête ».

Par la suite elle a pu mettre en lien son état dépressif avec sa gène existentielle depuis les pertes successives de ses être chers (son conjoint et son fils), dont elle n'avait pas fait le deuil , mais aussi avec la perte de son autonomie physique.

La prise en charge institutionnelle et une réadaptation de son traitement antidépresseur a permis une amélioration rapide de l'humeur chez elle ; la patiente paraissait plus détendue et plus combative, mois plaintive et plus critique par rapport à son geste ; elle a quitté le service pour réintégrer son foyer avec l'acceptation d'un suivi médical , par un psychiatre de notre service.

En conclusion la TS de cette patiente paraît situationnelle , et intriquée aux problèmes organiques et à la perte douloureuse de ses proches. Elle aurait , peut être pu être prévenue, connaissant les facteurs de risque et constatant une sorte de syndrome présuicidaire à partir des éléments observés tels la gène existentielle associés à l'hétéroagréssivité et aux fantasmes mortifères.

CAS CLINIQUE N° 2

Mer M. Joseph âgé de 88 ans a été hospitalisé le 8 juin 2005 dans le service de gérontologie pour une altération de l'état général avec un amaigrissement important (13 kg en 2 mois). Le 7 juillet il est transféré au CESAME , en HDT ,pour un état dépressif d'allure mélancoliforme avec refus d'alimentation, refus de soins et opposition à la prise du traitement.

Parmi ses antécédents , on retient :

- un AVC ischémique totalement régressif en 2004, pour lequel il avait été hospitalisé en service de neurologie. Le scanner cérébral montrait des lésions importantes de la substance blanche diffuses, 0associées à une atrophie cortico-sous-corticale et un élargissement des ventricules latéraux . L'AVC avait été traité par un traitement anti-agrégant plaquettaire ;
- une rétinopathie dégénérative avec glaucome de l'œil gauche, à l'origine d'une amaurose totale à droite et une faible acuité visuelle de l'œil gauche ;
- Une HTA associée à une insuffisance cardiaque ;
- Un adénome de la prostate réséqué en 1981 ;

Au niveau biographique, ce patient est marié, et père de 2 filles ; il est grand père 5 fois ; il avait travailler comme infirmier psychiatrique ; le 7 juillet 20005 il est donc

hospitalisé au CESAME où il avait lui même travailler ; a son admission il vient accompagné de sa femme après une hospitalisation d'un mois en gérontologie pour un syndrome dépressif avec anorexie et amaigrissement. Il s'alimentait moins depuis 6 mois et souffrait beaucoup de la perte de sa vue, l'empêchant de continuer ses activités favorites à savoir les achats et ses activités sportives.

Sa femme le décrivait comme ayant une personnalité obsessionnelle caractérisée notamment par des rituels autour de la propreté. Depuis l'aggravation de ses troubles visuels il s'isolait et se repliait plus, sur lui même ; il se plaignait de troubles du sommeil et s'alimentait peu, se montrant excessivement méfiant vis à vis des aliments.

A son admission en gérontologie, il présentait un état de dénutrition avec des signes de déshydratation compliquée d'une insuffisance rénale fonctionnelle. Les investigations à la recherche d'une cause organique sont restées vaines

Malgré l'impression d'une amélioration du comportement alimentaire pendant la première semaine l'anorexie se réinstalle avec refus de prise du traitement qui était retrouvé jeté dans les toilettes .

Devant l'aggravation du tableau le patient est transféré au CESAME le 7 juillet. Sur le plan physique on observe une dégradation progressive de son état général, avec une asthénie un amaigrissement constant, une anorexie avec un refus volontaire de s'alimenter malgré les nombreuses sollicitations et stimulations des équipes soignantes pendant les repas et malgré les réhydratations par voie veineuse et en sous cutané.

Plusieurs traitements associant antidépresseurs (norset, seropram, athymil,), anxiolytiques (tranxene, lysanxia, atarax), et neuroleptiques à petites doses (haldol,risperdal) sont prescrits sans amélioration . Sur le plan psychique, il présente une anxiété manifeste et il verbalise son désir de mourir par moments ; il est dans une plainte continuelle et dans le besoin de réassurance .

Au départ il effectue quelques congés à son domicile, mais il épuise vite tout son entourage et rapidement il les refuse. Devant l'affaiblissement de son état général, et de ses fonctions cognitives , une orientation vers une maison de retraite ou un long séjour est envisagé après concertation avec la famille. Son hospitalisation est émaillée de complications (rétention urinaire, infection urinaire sur sonde à demeure, incontinence anale.

Son opposition plus ou moins active a fait envisager l'indication de l'instauration d'une alimentation par sonde gastrique à laquelle s'est opposé la famille . A la fin affaibli, le patient reste alité , devient grabataire avec apparition des complications de décubitus ; un

étayage est alors sollicité auprès de l'équipe mobile du service des soins palliatifs pour un meilleur accompagnement en fin de vie ; le patient décède dans notre service le 31 décembre.

En conclusion , ce cas illustre le cas d'un syndrome de glissement secondaire à un tableau dépressif franc au départ , en lien avec une gène existentielle au carrefour des pertes réelles et de la personnalité, et en lien avec une certaine agressivité à l'égard de l'entourage familial et soignant par le refus de soins et une auto-agressivité par le refus actif de se nourrir, refus de la réassurance refus de la vie…

CAS CLINIQUE N° 3

Mer C a été hospitalisé au CESAME pour la septième fois du 27 septembre au 22 octobre 2005 pour rééquilibration de son traitement et bilan d'une altération de l'état généra

Au niveau biographique :

- Il est marié ; notion de mésentente conjugale
- est père de deux filles et est en rupture depuis de nombreuses années avec elles, suite à des conflits familiaux. Il a cependant renoué avec son aînée depuis sa première hospitalisation en psychiatrie.
- Mer C entretient également peu de relations avec la fratrie et perd un de ses frères qui décède d'un cancer du colon en 2005.
- Il est retraité (ancien menuisier) ; il occupe ses loisirs au bricolage, en grande partie au jardinage.

On note dans ses antécédents médicaux :

- un traumatisme crânien avec fracture du rocher à l'âge de 20 ans dans un accident de travail, avec une hémi parésie faciale gauche régressive. Il en gardera des séquelles à type de surdité et d'acouphènes de l'oreille gauche ;

- une pleurésie, d'origine indéfinie, ayant nécessité une ponction biopsie et une intervention chirurgicale.
- un épisode de rectorragie qui a abouti à l'ablation de 2 polypes bénins sous endoscopie.

Les antécédents psychiatriques comportent :

Deux épisodes dépressifs soignés en ambulatoire il y a 20 ans environ et plusieurs hospitalisations au CESAME, depuis 2000 ; la première est justifiée par un tableau dépressif franc associant des troubles du sommeil importants, une asthénie, une aboulie et un amaigrissement notable(-12 kg en 3 mois), des velléités suicidaires , clairement exprimées « il craignait de se suicider et de réaliser l'irréparable ». Il récrimine contre ses médecins traitants en leur reprochant « d'avoir sous- estimé son état ». Son état s'est amélioré avec l'instauration d'un traitement associant LAROXYL et TRANXENE , permettant la sortie avec la proposition d'un suivi en ambulatoire par notre secteur.

Il s'ensuivit 6 autres hospitalisations, pour des épisodes dépressifs récurrents francs, de 2002 à 2005, associant, une souffrance morale, des idées suicidaires clairement exprimées à chaque fois : « j'ai deux solutions , soit me faire soigner, soit me suicider » disait-il , et des somatisations diverses essentiellement centrées, sur la sphère digestive (constipation, douleurs abdominales et cancérophobie compte tenu des antécédents familiaux), ou sur la sphère ORL (majoration de ses acouphènes).

On repérait, chez Mer C, une personnalité psychorigide avec des traits obsessionnels et une cyclothymie avec des épisodes réccurents dépressifs plus fréquents pendant la période hivernale et au printemps – automne ; il affirmait « qu'il n'avait jamais été aussi bien au niveau du moral que pendant l'été de la canicule en 2003 »et qu'il avait son traitement psychiatrique, « d'été et d'hiver », qu'il modulait en fonction de son humeur. Son traitement a été renforcé par l'instauration d'un stabilisateur de l'humeur, le DEPAMIDE, associé aux différents antidépresseurs prescrits au cours des différentes hospitalisations (LAROXYL, ATHYMIL, EFFEXOR, IXEL.)

Il est hospitalisé en 2005, pour un tableau d'altération de l'état général associant une anorexie et un amaigrissement de 5 kg en 15 jours, des troubles du sommeil et rééquilibration de son traitement. L'observation permet de constater des effets secondaires extra-pyramidaux, à type d'akinésie et de tremblements, à l'introduction d'un traitement

neuroleptique sédatif (TERCIAN) prescrit pour mieux juguler des troubles du sommeil apparus deux mois auparavant.

Malgré la suspension du traitement neuroleptique on note peu d'amélioration du syndrome extra-pyramidale ; le patient accepte alors une hospitalisation pour des investigations complémentaires : la consultation avec la neurologue confirme la persistance d'un syndrome extra-pyramidal, et le scanner cérébral réalisé ne révèle aucune anomalie particulière.

Mer C se plaint beaucoup de constipation, minimise son anorexie et répète « qu'il a bon moral », sans les idées noires exprimées lors des hospitalisations précédentes.

Rassuré par les résultats du scanner cérébral (il redoute qu'on lui dépiste une entrée dans la démence), et lassé par l'hospitalisation, qu'il commence à trouver trop longue, il demande une permission pour aller passer le week- end , chez lui , avec l'accord de sa femme ; il part le 23 octobre et se suicide le 24, dans le cabanon de son jardin avec une arme à feu, avant le déjeuner ; c'est sa femme , qui ne le voyant pas revenir pour le repas, découvre le corps. Mer C n'avait rien laissé paraître de ses intentions suicidaires pendant tout le week-end ; le seul élément qui a étonné sa femme, est qu'il a fumé, la veille, « un dernier cigare, lui qui avait arrêté de fumer depuis de nombreuses années » ; d'autre part il ne lui laisse aucune lettre pour expliquer son geste.

Le cas de Mer C illustre clairement le cas d'une dépression chronique émaillée d' épisodes récurrents , avec des tableaux dépressifs francs au départ, évoluant sur un fond cyclothymique et prenant lors de la dernière hospitalisation un aspect plus masqué, plus trompeur, avec des plaintes somatiques au premier plan.

CONCLUSION

Le suicide du sujet âgé constitue un fléau de santé publique, avec l'augmentation du nombre de ces suicides, dans la plupart des pays développés, et pourtant il reste un phénomène encore méconnu et peu étudié.

La dépression qui figure parmi les causes les plus fréquentes, est souvent masquée et peu prise en compte, du fait d'un processus de banalisation sociale, qui l'identifie à une sorte « de tristesse légitime du vieillard ».

D'autres étiologies induisent également des passages à l'acte suicidaire sans que le sujet ait eu des intentions suicidaires, comme c'est le cas des crises de démence, d'angoisse, des troubles caractériels ou délirants. Enfin, il est important aussi de ne pas oublier que les maladies somatiques douloureuses et handicapantes, qui perturbent profondément la vie des personnes âgées, s'accompagnent souvent de syndromes hypochondriaques pouvant induire des passages à l'acte suicidaire.

La mort est encore considérée, comme la compagne naturelle du sujet âgé et le suicide n'apparaît alors que comme une précipitation inéluctable et témoignant du « naufrage de la vieillesse ». Alors que le suicide de l'adolescent ou de l'adulte est frappé du sceau de l'émotion qu'il suscite, celui de l'âgé se passe souvent dans l'indifférence.

Pourtant le suicide de l'âgé est attaché tout autant à la souffrance et au désespoir. Cette banalisation renvoie à une vision adultomorphique de la vieillesse, c'est-à-dire à une identification au vieillard avec notre psychologie d'adulte et non avec celle que l'on aura à cet

âge. Il faut donc se méfier de toutes les rationalisations et considérer que, quel que soit l'âge, le suicide correspond à une profonde détresse sur laquelle il est toujours possible d'intervenir.

Certaines interrogations se posent, comme le rôle assumé par la société dans ce choix individuel dramatique, ou encore, comme la place des phénomènes culturels dans l'émergence du suicide. L'histoire et la sociologie montrent amplement la variabilité mais aussi la persistance de cette conduite à travers les époques et les pays.

Dans la culture occidentale, la représentabilité de la vieillesse est associée à l'ennui, à la solitude, à une mauvaise santé, au handicap, à la dépression et à la sénilité ; vieillir est devenu synonyme d'infirmité , de dépendance et de charge pour la société.

Autrefois la « Gérusia » conseil des gérontes élus par le peuple, représentait la mémoire et l'intelligence tel qu'un livre porteur d'un capital culturel irremplaçable.

Aujourd'hui, la société vouée au culte du corps, du paraître et de la jeunesse, valorise beauté, prestige, fécondité, c'est-à-dire tout ce qui flatte l'idéal du Moi. Les progrès de la médecine et la multiplication des artifices esthétiques entretiennent le mirage d'un vieillissement sans cesse reculé.

De nos jours, le sujet âgé n'est donc plus investi, il n'est plus honoré en raison de sa sagesse ou de son expérience mais seulement s'il a su rester jeune de corps et d'esprit.

Notre étude psychopathologique théorique et notre réflexion sur quelques cas cliniques personnels, nous ont montré qu'au vu de l'expansion probable de ce problème de santé publique, le développement de la prévention est primordial même s'il nécessitera des changements dans la société et dans les mentalités. Nous devons donner à nos aînés une place pleine et entière : le sentiment d'appartenance au groupe humain est une donnée fondamentale pour que tout être y trouve sa place, son rôle, selon son rythme.

Comme l'écrit un poète anglais cité par Ringel : « toute mort nous amoindrit nous-mêmes, parce que, tous, nous appartenons à la famille des hommes. »

BIBLIOGRAPHIE

1 . AHRENS B. GROFT P. et Coll :

- Extended survival of patients on long term lithium-treatment.
- Can. J. Psychiatr, 40(5), 241-246, 1995.

2 . ALTUZARRA S.

- Le suicide du sujet âgé.
- Nervure, 1996, Vol 9 n° 4, pp 36-38.

3 . ANDRIAN J.

- Le suicide.
- Autrement, 1991, n°124, pp 47-54.

4 . ANDRIAN J.

- Un suicide rarement évoqué, celui de la personne âgée. Vieillir Ensemble Bulletin, 1989, 23 : 6-22.

5 . BAECHER J.

- Les suicides ;

- Calman-Levy, 662 P (1975).

6 . BARCIA SALORIO D.

- A propos du taedium vitae dans la poésie de la vieillesse des poètes.
- Annales médico psychologiques, 1996, Vol 154 n° 6 septembre, pp 369-376.

7 . BAUDELOT CH. ESTABLET R.

- Durkheim et le suicide. 4e éd. Paris : PUF, 1996.

8 . BESANCON G. SERVILLAT T .

- Réactions psychiques du sujet âgé face à la maladie somatique.
- Psychogériatrie, 1991, n° 10 , pp 31-35.

9 . BIZIERE K Dir . GARATTINI S Dir . SIMON P Dir.

- Diagnostic et traitement de la dépression ; symposium Quo Vadis ?
- Monpellier 1987.

10 . BOIFFIN A.

- Le suicide de l'âge .
- Psychologie Médicale, 1988, vol 20, n° 6 PP 807-809 .

11 . BOITEUX C. CLOSTRE M. QUERL C.

-Urgence psychiatrique.
-EMC psychiatrie , 2004.

12 . BRUN H ;

- Suicide des personnes âgées : des chiffres qui donnent à réfléchir.
- Actualités psychiatriques, 1990, n° 2, pp 9-12.

13 . CAROLI F.

- Urgences psychiatriques : prévenir et traiter les crises : dossier.
- Revue du praticien. 2003, vol 53, n° 11, juin, pp 1177-1221.

14 . CARRIE J.

- Etude sur les modes de décès des vieillards à l'hospice.
- Thèse de médecine. Clermont- Ferrand, 1956.

15 . CHARAZAC P.
- Dans l'attente du bilan du programme d'action face au suicide.
- Revue francophone de gériatrie et de gérontologie, 2005 ; 12 : 211.

16 . CHARAZAC P. BRUNEL M.
- Prévenir le suicide : clinique et prise en charge.
- Edit Paris / Dunod. 2002.

17 . CATELL HR.
- Elderly suicide in London : An analysis od coroner's inquests.
- Int. J. Geriatric Psychiatr., 3, 251-261, 1988.

18 . CATELL HR. JOLLEY DJ.
- One Hundred cases of suicide in elderly people.
- Brit. J. Psychiatr. , 166 (4), 451-457, 1995.

19 . CUDENNEC T. CHAUVIN C. FAUCHER N.
- Quand évoquer et comment traiter une dépression chez le sujet âgé ?
- Soins gérontologie, 2003, n° 41 PP 39-40.

20 . DARTIGUENAVE C. GENTILE M. ROUILLON F.
- Lutter contre la dépression et le risque suicidaire du sujet âgé.
- Revue du praticien, 2004, Vol n° 7 , avril, pp 701-702.

21 . DAVIDSON F. PHILIPPE A.
- Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : étude épidemiologique. Paris, Inserm-Doin, 1986, 170 pages.

22 . DE ALARCON R.
- Hypochondriasis and depression in the aged.
- Gerontology Clinics, 6, 266-277, 1964.

23 . DEBOUT M.

- La France du suicide.
- Edit : Paris/Stock. 2002.

24 . DELOMIER Y.

- Les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement.
- Psychol Med 1985 ; 17 (8) : 111-115.

25 . DIAZ SUAREZ J.

- Trends in suicide in the elderly in Asturias (Spain).
- European psychiatry,1995, vol 9, n°4, pp 36-38.

26 . DORPAT TL. ANDERSON WF. RIPLEY NS.

- The relationship of physical illness to suicide.
- Insuicidal behaviour Ed. H. L. Resorick. 188, little brown and Co, Boston.

27. DURKHEIM E.

- Le suicide, étude de sociologie.
- Paris : F. Alcan, 1897. 7e éd. Paris : PUF, 1993.

28 . FARBEROW NL. Mc KELLIGOTT JW. COHEN S. DARDONNE A ;

- Suicide among patients with cardiorespiratory illness.
- J.A.M.A. 1966. 195. 6 : 422-428.

29 . FERREY G.

- Dans quelles circonstances le lieu de vie devient-il inhospitalier ?
- Soins gérontologie, 2000 n° 22, mars - avril, pp 8-17.

30 . FERREY G. TAURAND PH. GHODHBANE T.

- Le syndrome de glissement : effondrement psycho-somatique ?
- Psychol Med 1991, 23 (8) :907-911.

31 . FINGER S.

- L'Europe du suicide.
- Absract Neuro et Psy, 1996, 144 : 16-20.

32 . FREUD S.
- Deuil et mélancolie.
- Métapsychologie, Paris, Gallimard, 1971.

33 . FREUD S.
- De la psychothérapie (1905).
- In. S. Freud. La technique psychanalytique. Paris, PUF, 1953, pp 17.

34 . GAILLARD F.
- Le suicide au soir de la vie.
- Actualités Sociales hebdomadaires, 1991, n° 1739, pp 7-8.

35 . GUILLET P.
- La souffrance des personnes âgées.
- Pratiques en santé mentale, 2004, Vol 50, n° 1, février, pp 27-31.

36 . HALBWACHS M.
- Les causes du suicide. Paris : F. Alcan, 1930.

37 . KIELHOLZ P.
- Le concept de dépression masquée ;
- Encéphale, 1979, vol 5, pp 459-462.

38 . KIELHOLZ P.
- La dépression masquée. Symposium international de St Moritz 1972.
- Editions Hans Huber, Berne Stuttgart Vienne, 1973.

39 . LEBRET S. VAILLE PERRET E. VINOT J.
- Le suicide du sujet âgé.
- Annales médico psychologiques, 2003, vol 161, n° 10, pp 826-827.

40 . LE GOUES G.

- Le psychanalyste et le vieillard.
- Paris, PUF, 1991.

41 . LE GOUES G.

- Vieillissement, ressources et déficits.
- Journal des psychologues, 1998, n° 156, pp 21-55.

42. LEGER JM. CLEMENT JP. WERTHEIMER J .

- Psychiatrie du sujet âgé.
- Edition : Médecine-Sciences, Flammarion.

43 .LEGER JM. TESSIER JF. MOUTY MD.

- Psychopathologie du vieillissement.
-Collection de psychiatrie pratique ; édition Doin.

44 . LEGUEN JP.

- Suicide dans le grand âge.
- Santé mentale, 1998, n° 27, pp 24-25.

45 . LEJOYEUX M. TASSAIN V. ADES J.

- Aspects cliniques et psychopathologiques des conduites de risque.
- Neuropsy, 1996, 11 (8) : 315-23.

46 . LEMPERIERE T Dir.

- Les dépressions du sujet âgé.
- Edit : Paris, Acanthe, Masson, 1996.

47 . LEMPERIERE T Dir.

- Dépression et suicide.
- Edit Paris : Acanthe/ Masson, 2000.

48 . LEPOUTRE R Dir. KERVASDOUE J de.

- La santé mentale des Français.
- Edit : Paris / Odile Jacob.

49 . LESTER D. MOKSONY E.
- The social correlates of suicide in Hungary in the elderly.
- European psychiatry, 1994, n° 6, pp 273-274 .

50 . LEVY R.
- Conduites de mort chez les vieillards.
- Psychologie médicale, 1989, vol n° 8, pp 1081-1084 .

51 . LOPEZ IBOR JJ.
- Masked depression.
- Br J. Psychiatr, 1972, 120 : pp 244-258.

52 . MAISONDIEU JM.
- Le vieil homme et la mort.
- VST, 1987, n° 171, pp 11-14.

53 . MISDRAHI D. MILLET B.
- Révélation tardive d'un trouble bipolaire : risques évolutifs, place et intérêt du lithium.
- Encéphale, 2001, vol 27, n° 4, juillet – août, pp 377-379.

54 . MAUDOUX M. PREVOST P. REPELLIN F.
- Tentatives de suicide et suicides en géronto-psychiatrie.
- Psychologie médicale, 1989, vol 21, n° 8, pp 1163-1166.

55 . MONTFORT JC.
- Suicide des personnes âgées.
- Neuropsy 1998, n° spécial « Les suicides » : 35-9.

56 . MOUSELER A.

- Le syndrome présuicidaire du Pr. Erwin Ringel. Evol. Psychiatr. 2005 ; 70 pp 425-426.

57 . MÜLLER C.

- Suicides et tentatives de suicide dans la vieillesse.
- Manuel de géronto-psychiatrie. Paris, Masson, 1969, 165-167.

58 . NASFI A.

- L'intoxication médicamenteuse de la personne âgée.
- Soins gérontologie, 1999, n° 18, pp 21-24.

59 . PECOT F.

- Le suicide des personnes âgées.
- Thèse médecine, Paris VII, 1988.

60 . – PEDINIELLI JL. DELAHOUSSE J.

- Suicide et maladie organique : les avatars de la survie.
- Psychologie Médicale,1983, 15, 1 :85-87.

61 . PEDINELLI JL. LERNOUT P. MOROY F.

- Les crises suicidaires chez les personnes âgées : narcissisme, deuil et trépas.
- Psychol Med , 1985, 17 (8) : 1137-40.

62 . PELICIER Y.

- Temps et dépression.
- J. Psychiat. Biol. et Thérap. n° spécial, 2-4.

63 . PETITJEAN F.

- L'usage des antidépresseurs chez le sujet âgé : justifications et critiques.
-Encéphale, 1995, vol 21, n° spécial I, pp 55-58.

64 . PRIGENT Y.

- La souffrance suicidaire : essai sur le mal insupportable.
- Edit : Paris / Desclée de Brouwer / Epi, 1994.

65 . QUIDU M. SIVADON P Préf.
- Le suicide : étude clinique, perspectives préventives.
- Edit Sociales Françaises / Paris, 1990.

66 . QUINODOZ JM.
- La solitude apprivoisée.
- Paris, PUF, 1991, pp 240.

67 . RANCE JR. LHOSTE G. COUDERT AJ.
- Les conduites suicidaires du sujet âgé.
- Psychologie médicale, 1988, vol20, n° 3, pp 359-361.

68 . RINGEL E . traduit de l'allemand par le Dr Alain Mouseler.
- Incommodités de la vie et gêne présuicidaire.
- Evol. Psychiatr. 2005 ; 70 pp 427-438.

69 . RIZET C.
- Quand le sujet âgé envisage le suicide.
- Journal des psychologues, 2003, n° 212, novembre, pp 38-41.

70 . ROUILLON F.
- Epidémiologie des troubles mentaux du sujet âgé.
- L'Information Psychiatrique, 1995, 71 : 825-828.

71 . SAGNE A.
- Folie sécuritaire et évaluation du risque en institution .
- Soins gérontologie, 2001, n° 29, pp 25-28.

72. SCHMITT L. CAMUS V. PEZOUS AM. RAYNAUD JP.
- Le suicide du sujet âgé.
- Forensic, 1994, n° 7, pp 28-30.

73 . SHAH A. GANESVARANT T.

- Suicide in the elderly.
- E Chiu, D Ames. Functional psychiatric disorders of the elderly. Cambridge, Cambridge University Press, 1994 : 221-244.

74 . SMALL GW.

- Recognition and treatment of depression in the elderly.
- J Clin Psychiatry, 1991, 52 : 11-22.

75 . TAKAHASHI Y. HIRASAWA H. KOYAMA K. et al.

- Suicide and aging in Japan : An examination of treated elderly suicide attempters. Int. Psychogeriatrics, 7 (2), 239-251, 1995.

76 . TESSIER JF. CLEMENT JP. LEGER JM.

- Le corps comme outil de suicide : approche d'une modalité suicidaire chez l'âgé.
- Psychologie médicale, 1989, vol 21, n° 4, pp 512-516.

77. THOMAS J.

- Les facteurs de risque de vulnérabilité chez le sujet âgé.
- Soins gérontologie, 2001, n° 29, pp 15-17.

78 . THOMAS J.

- La crise suicidaire.
- Soins gérontologie, 2001, n° 29, pp 18-19.

79 . THOMAS J.

- Stratégies préventives et thérapeutiques des conduites suicidaires.
- Soins gérontologie, 2001, n° 29, pp 20-24.

80 . TOURTAUCHAUX R. JALENQUES I.

- Urgences psychiatriques chez la personne âgée.

- Revue Française de psychiatrie et de psychologie médicale, 1999, n° 25, pp 29-30.

81 . VEDRINE J Dir . QUENARD O Dir. WEBER D Dir.

- Suicide et conduites suicidaires.
- Edit Masson / Paris, 1981.

82 . VIDON G. LENDRESSE P.

- Dépression et suicide chez les personnes âgées.
- Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1988, n° 2-3, pp 23-28.

83 WALTER M. LABOURET D.

- Le suicide de la personne âgée.
- Revue de neuropsychiatrie de l'Ouest, 1995, n° 117, pp 29-33.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.

L'HISTOIRE DU SUICIDE DE LA PERSONNE AGEE : page2

A°- CHEZ LES GRECS.
B°- CHEZ LES ROMAINS.
C°-DE L'ERE CHRETIENNE AU MOYEN AGE.
D°-L'EPOQUE MODERNE.
E°- AVANT LA REVOLUTION.
F°- LA REVOLUTION.
G°- AU 19 IEME SIECLE.
H°-AU 20 IEME SIECLE.

EPIDEMIOLOGIE DU SUICIDE CHEZ LES PERSONNES AGEES. page7

LES SITUATIONS A RISQUE SUICIDAIRE : page11

A°- LA DEPRESSION.

B°- L'ANXIETE et la DOULEUR MORALE.

C°- LA FRAGILISATION du MOI.

D°- LA DOULEUR PHYSIQUE.

E°- LA BAISSE DE L'ACUITE SENSORIELLE.

F°- L'EXISTENCE d'un HANDICAP chez l'un des membres d'un couple âgé.

G°- autres SITUATIONS SUICIDOGENES.

H°- LES EQUIVALENTS SUICIDAIRES :

1°) le refus de soins et de traitements dans le cadre de maladies chroniques.

2°) les états régressifs :

* a°) la régression régressive.

* b°) la régression au service du MOI.

3°) le syndrome de glissement.

4°) les automutilations.

5°) les conduites addictives.

LE CORPS COMME OUTIL DE SUICIDE. Page20

LA SIGNIFICATION DU SUICIDE CHEZ L'AGE. Page22

PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU SUICIDE CHEZ L'AGE Page24

A°- LES FACTEURS DE RISQUE ACCESSIBLES A UN REPERAGE :

1°) la dépression :

- a°) des tableaux somatiques.
- b°) des tableaux avec des symptômes psychiatriques.
- c°) des formes pseudo-démentielles.
- d°) le dépistage de ces dépressions.

2°) l'hypochondrie.

3°) les personnes âgées qualifiées de difficiles.

4°) le syndrome pré-suicidaire.

B°- INTERVENTIONS AUPRES DES PERSONNES A RISQUE SUICIDAIRE :

1°) la chimiothérapie.

2°) la sismothérapie.

3°) les psychothérapies :

- a°) les psychothérapies de soutien.
- b°) les thérapies psychodynamiques.
- c°) les thérapies familiales systémiques.
- d°) les psychothérapies dans les institutions.

CAS CLINIQUES. Page37

CONCLUSION.