

SUICIDE des aînés et prévention :

TRAITER LA DÉPRESSION ET PRÉVENIR L'ISOLEMENT

Le taux de suicide des personnes âgées reste très élevé en France malgré plusieurs plans nationaux successifs de prévention du suicide portant sur l'ensemble de la population. Selon les chiffres du CépiDc¹, en France, sur près de 10 400 suicides survenus en 2010, 28% ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus. L'évolution du vieillissement de la population laisse présager une augmentation très importante du nombre de suicidés âgés faisant du suicide dans cette tranche d'âge un véritable problème de santé publique. Il est donc nécessaire de mettre en place des mesures spécifiques pour cette population vulnérable.

1. ÉLÉMENTS D'ANALYSE DU SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

1.1. Données épidémiologiques

En France métropolitaine, le nombre total de suicides a diminué : 10 371 suicides en 2010 vs 11 403 en 1990. Cependant, le taux de suicide chez les personnes âgées reste très élevé, notamment chez les hommes : pour les plus de 65 ans, les taux sont de 50,5 pour 100 000 en 2010 vs 81,4 pour 100 000 en 1990.

Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'avancée en âge. Son incidence pour 100 000 habitants est de 6,5 chez les 15-24 ans, 21,0 pour les 35-44 ans, 22,0 pour les 55-64 ans, 29,4 pour les 75-84 ans et 39,5 pour les 85-94 ans. Le taux de suicide est multiplié par 2,33 à 75 ans et par 3,13 à 85 ans par rapport à celui des personnes de 25 ans. Chez les hommes, les taux sont multipliés par trois pour les 70-75 ans et par cinq pour les 80-85 ans par rapport aux hommes entre 20 et 25 ans. Les hommes âgés se suicident plus que les femmes âgées. Après 65 ans, les hommes se suicident quatre fois plus que les femmes.

1. source INSERM, CépiDc 2010

2. Van Heeringen and Marusic, 2003



Professeur **Anne-Sophie Rigaud**
LUSAGE Living Lab, Hôpital Broca, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
EA 4468, Faculté de Médecine, Université Paris Descartes

Les taux de suicide des personnes âgées pourraient être sous-estimés d'environ 20 %. En effet, les données ne comprennent pas les décès qui seraient des équivalents suicidaires (par exemple arrêt d'un traitement ayant des conséquences graves).

Le geste suicidaire aboutit plus souvent à la mort chez la personne âgée (un décès pour deux à quatre tentatives de suicide) que chez la personne jeune (un décès pour dix à vingt tentatives de suicide). En effet, l'existence de maladies somatiques antérieures rend la personne âgée plus vulnérable à la violence physique du geste autodestructeur. De plus, les personnes âgées qui font une tentative de suicide sont plus susceptibles de vivre seules et donc d'échapper à la détection opportune et au secours que l'adulte jeune. Enfin, les personnes âgées ont tendance à être plus déterminées à mourir et à utiliser des moyens létaux plus immédiats, comme par exemple les armes à feu que l'adulte jeune.

La pendaison reste le principal mode opératoire de suicide en France (52,5 %), suivie des intoxications médicamenteuses (15,3 % ; mais 29,9 % pour les femmes), de l'utilisation d'armes à feu (13,3 % ; mais 17,3 % chez les hommes) et des sauts d'un lieu élevé (5,9 %).

Malgré un taux important de suicide, le suicide chez les personnes âgées n'est pas reconnu par l'opinion publique et médicale. Le thème du suicide des personnes âgées n'est souvent pas évoqué du fait de résistances sociales. Il peut même parfois être considéré par certains comme normal.

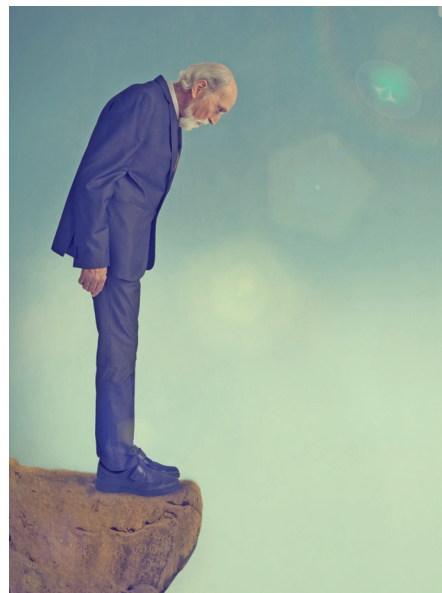
1.2. Facteurs de risque et facteurs protecteurs

→ La crise suicidaire

Le suicide est le plus souvent précédé d'une crise suicidaire de plusieurs semaines, c'est-à-dire une crise psychique marquée par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes face à un sentiment d'impasse². Il est essentiel de repérer les idées suicidaires à ce stade et de prévenir le passage à l'acte.

→ Facteurs de risque de suicide

L'accumulation de facteurs de risque dits primaires (majeurs) et secondaires (s'associant aux facteurs primaires pour favoriser la conduite suicidaire) joue un rôle majeur.



FotoIlla

→ **Facteurs de risque primaires**

• **Les maladies psychiatriques**

Chez la personne âgée comme chez l'adulte jeune, l'existence d'antécédents de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires augmente le risque d'un comportement suicidaire ou d'un décès par suicide ultérieur. À cet âge, le facteur clinique de risque suicidaire le plus important est l'existence d'un trouble psychiatrique (9 personnes sur 10)³. En particulier, la dépression majeure est très fortement associée au suicide abouti⁴ et aux tentatives de suicide de la personne âgée. La dépression est fréquente chez les personnes âgées (de l'ordre de 10 %), souvent non diagnostiquée et insuffisamment traitée.

Les autres troubles psychiatriques constatés sont l'alcoolisme, les troubles psychotiques, les troubles anxieux et l'abus ou la dépendance à l'alcool⁵.

• **Les maladies physiques**

Les maladies physiques peuvent favoriser les conduites suicidaires lorsqu'elles s'accompagnent d'une limitation de l'autonomie ou de douleurs insuffisamment soulagées. La fragilité et les troubles cognitifs sont des facteurs de risque. L'isolement sensoriel (olfaction, vision, audition) joue également un rôle néfaste.

→ **Facteurs de risque secondaires**

Les suicidés âgés sont souvent de sexe masculin, vivent plus souvent seuls⁶, sont divorcés, séparés ou veufs⁷. Ils vivent plus souvent en milieu rural. Certaines situations de transition sont à risque, comme la mise en retraite, car elle est source de perte de statut social, perte de contacts et de relations professionnels, et de diminution des ressources financières, ou encore l'entrée en institution. En particulier, les trois mois qui suivent l'entrée en résidence pour personnes âgées sont particulièrement sensibles. L'isolement, les problèmes familiaux, la maltraitance sont des facteurs de risque de suicide.

Nous signalerons également le risque lié à la survenue d'événements de vie négatifs : une séparation, un deuil en particulier le veuvage ou la perte d'un enfant, les conflits interpersonnels et familiaux⁸, mais aussi l'annonce ou la rechute d'une maladie grave, une perte d'autonomie brutale, des facteurs financiers négatifs comme la pauvreté. Enfin, la discrimination négative à l'égard des personnes âgées et de la vieillesse pourrait jouer un rôle dans la détermination suicidaire.

Différents travaux ont montré qu'un accès aux moyens létaux augmentait le risque de suicide et qu'à l'inverse, la restriction de l'accès à ces moyens était associée à la diminution des taux de suicide.

→ **Facteurs protecteurs**

Les facteurs sociaux et environnementaux peuvent également jouer un rôle protec-

teur. Plusieurs expériences ont montré le rôle protecteur de la solidarité, l'existence d'un soutien familial et social de bonne qualité, le fait d'avoir des enfants, des relations amicales : les personnes âgées qui avaient plus d'amis et de famille à qui se confier étaient moins susceptibles de mettre fin à leurs jours que ceux qui étaient dépourvus d'entourage⁹. Certains auteurs soulignent également l'importance des capacités de résilience, c'est-à-dire les capacités de la personne âgée à faire face à l'adversité.

1.3. Conséquences du suicide dans l'entourage

Les conséquences du suicide pour les proches sont défavorables et sous-estimées (cadre de la postvention). En particulier, les petits-enfants pourraient subir de façon très douloureuse le décès par suicide de leurs grands-parents. Par ailleurs, le suicide passé d'un grand-parent est susceptible de créer un modèle pour un adolescent à risque suicidaire et de favoriser le passage à l'acte de ce dernier. Enfin, concernant le public âgé, le risque de suicide lors de la première année de veuvage en particulier s'il s'agit d'un veuvage par suicide.

2. LA PRÉVENTION DU SUICIDE DES PERSONNES ÂGÉES

Les interventions de prévention du suicide se situent à trois niveaux :

1. Repérer et réduire les facteurs de risque/
Renforcer les facteurs protecteurs,
2. Prendre en charge la crise suicidaire (accueil et suivi des suicidants),
3. Accompagner et suivre les suicidaires et les endeuillés (postvention).

2.1. Analyse de la littérature internationale

L'analyse de la littérature révèle que deux types d'interventions s'avèrent majeurs pour réduire le taux de suicide des personnes âgées :

- a) celles visant à réduire les facteurs de risque en ciblant les besoins spécifiques des personnes âgées¹⁰, à travers :



Fotolia

3. Hawton et van Heeringen, 2009

4. Turvey et al., 2002a; Waern et al., 2003; Blow et al., 2004

5. Szanto et al., 2001, Turvey et al., 2002b, Waern et al., 2003, Blow et al., 2004

6. Pompili et al., 2008, Preville et al., 2005b

7. Pompili et al., 2008, Harwood et al., 2006, Preville et al., 2005b

8. Waern et al., 2003, Preville et al., 2005a)

9. Turvey et al 2002

En conclusion, chez les personnes âgées, la dépression et l'isolement sont des facteurs de risque essentiels de suicide, alors que la présence d'un entourage joue un rôle protecteur. Les interventions qui visent à améliorer le diagnostic et le traitement de la dépression et à lutter contre l'isolement s'avèrent efficaces pour réduire le taux de suicide dans cette population.

2.2. L'état des lieux en France

Bien que plusieurs plans nationaux de prévention du suicide aient été mis en place au cours des dernières années, la place consacrée au suicide des personnes âgées est restée modeste.

Le groupe de travail sur la prévention du suicide chez la personne âgée dans le cadre du Comité national pour la bien-être et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNDB) en 2013¹⁵ a fait un bilan de l'état des lieux en France et a souligné différents points : Le repérage de la dépression et de la crise suicidaire est encore insuffisant. Pour l'améliorer, la formation des personnes qui ont un rôle d'alerte (personnes sentinelles en contact direct avec les personnes âgées, associations de bénévoles), des personnes qui analysent l'alerte (médecins généralistes, secteur médico social) et des personnes qui traitent l'alerte et accompagnent les personnes (coordination gériatrique, secteur psychiatrique et psychiatres libéraux en lien avec le médecin généraliste) mériterait d'être mieux organisée.

Dans différents territoires français, des programmes (ou dispositifs) de prévention du suicide (ou de postvention) très prometteurs ont été mis en place, soit pour diminuer le risque de suicide, soit pour augmenter les facteurs de protection. Ces programmes qui varient d'un territoire

à l'autre sont insuffisamment répertoriés et diffusés et n'ont pas encore été évalués de façon scientifique. De plus, bien que certains territoires aient fait des efforts méritoires pour mettre en place des collaborations entre le secteur gériatrique (sanitaire et médico social), le médecin généraliste, le secteur psychiatrique et les psychiatres libéraux, les liens restent encore très insuffisants.

Finalement, le comité CNDB « Prévention du suicide et Personnes âgées » a fait des propositions selon quatre axes :

- 1) promouvoir le bien vieillir et prévenir l'isolement,
 - 2) sensibiliser et former tous les acteurs à la prévention du suicide (notamment au repérage de la dépression et de la crise suicidaire),
 - 3) structurer le parcours de soins et organiser l'interface entre la psychiatrie, la gériatrie et la médecine générale,
 - 4) mettre en œuvre un programme de recherche sur la prévention du suicide.
- Les recommandations données par le Comité Avancé en Âge¹⁶ et la mise en place récente de nouveaux dispositifs (par exemple le dispositif pour améliorer le circuit d'alerte des situations de maltraitance), de l'Observatoire National du suicide¹⁷, d'un programme de recherche portant sur la prévention du suicide des personnes âgées permettent d'espérer une amélioration de la prévention du suicide pour cette population dans les années à venir <

- des interventions de proximité visant à réduire l'isolement géographique et social des personnes âgées. L'intervention de De Leo¹¹ consistait à équiper ces personnes isolées (18 600 personnes vulnérables vivant en milieu rural, dans la région de Padoue en Italie), durant onze années, d'un service téléphonique comprenant deux options : une option d'appel (« télé-help »), à utiliser en cas de besoin, et une option de suivi (« télé-check ») qui consistait à contacter les personnes âgées deux fois par semaine pour s'assurer qu'elles allaient bien ou n'avaient besoin de rien. Ce programme de rupture de l'isolement a montré son efficacité, notamment auprès des femmes âgées.

- l'offre de service de soins médicaux spécialisés. En particulier, la détection et la prise en charge de la dépression (par des praticiens recevant une formation ciblée sur cette affection ou par des campagnes d'information et de détection grand public également ciblées sur cette affection) s'avèrent particulièrement pertinentes.

b) celles visant à augmenter les facteurs protecteurs en favorisant le bien vieillir, c'est-à-dire la qualité de vie. Une efficacité dans la prévention de l'isolement social et de la solitude (INPES 2012) a été montrée dans certaines interventions de proximité proposant des groupes de discussion¹² ou la pratique d'activités physiques accompagnées de séances d'éducation sur la santé¹³ ou encore la mise en œuvre d'un soutien psychologique à des personnes âgées qui viennent de perdre leur conjoint(e)¹⁴.

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie les personnes qui ont été membres du Comité CNDB: Prévention du suicide et Personnes âgées: Thierry GALLARDA (Hôpital Sainte-Anne) - Marc Zajdenweber (DGCS) - Rémi Mangin (UNA) - Louise Pinard (ANESM) - Philippe Guillaumot (Gérontopsychiatrie - Pau) - Louis Ploton (FNG) - Françoise Facy (Union Nationale de Prévention du Suicide - INSERM) - Sylvie BONIN-GUILLAUME (psychogériatre - Marseille, SFGG) - Olivier DRUNAT (Hôpital Bretonneau, AP-HP, SFGG) - Philippe Carette (Centre Popincourt) - Vincent Lapiere (Centre Popincourt) - Daniel CARRE (CISS) - Emmanuel GUILIANO (Hôpital Sainte-Anne) - Romain Gizolme (ADPA) - Claire Barangé

(l'Union Nationale des Professionnels de Santé) - Eric Tanneau (Union Nationale des Professionnels de Santé) - Bernard Duportet (HABEO) - Anne-Laure FOMBARON (FEHAP) - Rkia ELOUADI (DGS) - Geneviève Castaing (DGS) - Raymond Penhard (Petits Frères des Pauvres) - Hélène CHARTIER (Association VE.DI.BE) - Claude Michel SIRVENT (Police Nationale) - Jean-Pierre Soubrier (CRES - Expert OMS) - Caroline LUTIC (Synerpa).

10. Du Roscoät et Beck 2013

11. De Leo et al., 2002

12. Andersson 1984, 1985

13. Aging Well and Healthily

14. Caserta 1992-1996

15. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf

16. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

17. Le Professeur Anne-Sophie Rigaud est invitée permanent de l'Observatoire National du Suicide