



Natividad ALARCON
Psychologue-Formatrice

La maison des psychologues
2, Place des marronniers
94100 Saint-Maur-des-
Fossés

<http://psychologues-idf.fr/>

Particularité du suicide chez l'adulte âgé

« Si le suicide met en question notre rapport à la mort, il interroge surtout notre rapport à la vie, le désir profond que notre vie ait un sens¹. »

Distinguer les différents termes :

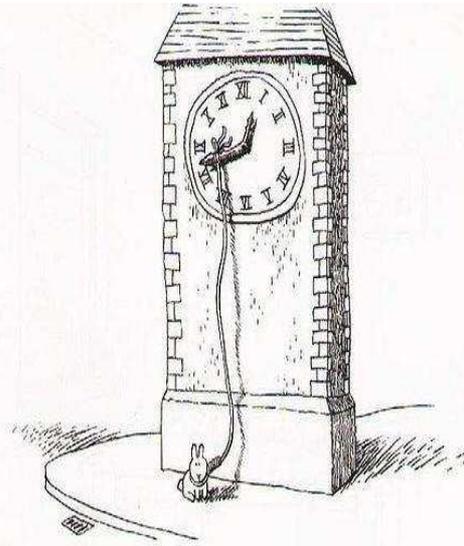
D Le suicide de l'adulte âgé reste un sujet tabou. De plus, il n'est pas toujours aisé à repérer. Chez les adultes âgés, la crise suicidaire est souvent peu apparente et elle est difficile à reconnaître. Ces personnes ne montrent pas leur détresse de façon bruyante ou par une tentative de suicide. Des signes comme le repli sur soi, les attitudes de désinvestissement, le refus de s'alimenter ou le refus de soin doivent faire évoquer la possibilité d'une crise suicidaire. Pour mieux accompagner cet adulte âgé en souffrance, il est nécessaire de distinguer les idées suicidaires, la crise suicidaire, la tentative de suicide, le suicide, les conduites suicidaires... **Les idées suicidaires** sont un mécanisme conscient, cette élaboration consiste à « penser la possibilité de la mort par le suicide ». Ces idées manifestent un désir de mort et peuvent être exprimées. **La crise suicidaire** est un moment de « crise psychique » où le sujet est confronté à des idées suicidaires envahissantes et obsédantes. Le risque majeur est le suicide qui apparaît comme étant la seule issue à cet état. **La tentative de suicide** est l'acte conscient à travers lequel le sujet met objectivement sa vie en danger de mort. **Le suicide** est l'action de causer volontairement sa propre mort. C'est une action portée à soi-même dont le sujet est l'acteur propre. **Se suicider** est commettre un homicide de soi-même, se faire disparaître à soi-même. **Les équivalents suicidaires** sont des conduites à risques qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort. Chez l'adulte âgé, ils peuvent prendre la forme de comportements autodestructeurs, de réduction volontaire de nourriture ou de non-respect, voire le refus des traitements. **Les conduites suicidaires** incluent : le suicide, l'idéation suicidaire et la tentative de suicide. A partir de ces trois conduites suicidaires, il est possible de distinguer : un sujet **suicidé** (le sujet est décédé suite à un suicide), un sujet **suicidaire** (le sujet a des idées suicidaires) du sujet **suicidant** (le sujet a fait une tentative de suicide).

Facteurs de risques et prévention :

Pour prévenir le suicide, il est au préalable nécessaire de connaître : **les suicidaires** (couvrent tous les spectres psychopathologiques)/**les suicidants** (rares chez la personne très âgée ; dans la population générale, ce sont des jeunes femmes) ; **les suicidés** (principalement des hommes veufs de plus de 75 ans). La suicidologie légale (étude scientifique du suicide) intègre « l'autopsie psychologique » afin de connaître l'histoire de vie des suicidés et tenter de repérer certaines caractéristiques chez ces sujets. Grâce aux techniques des autopsies psychologiques², il ressort que 75% à 82.4%³ des sujets âgés suicidés étaient des sujets souffrant de dépression. Les suicides de la po-



pulation de 60 ans et plus, représentent plus de 30 % du total des suicides⁴. Le taux de suicide est le plus élevé chez les adultes âgés, mais il augmente progressivement avec l'âge⁵ (surtout pour les hommes). Le taux de suicide est plus élevé en maison de retraite. Il apparaît donc que contrairement au sujet plus jeune, le sujet âgé est particulièrement concerné par le suicide et beaucoup moins par la tentative de suicide. Si les sujets jeunes font plus de tentatives de suicide que les sujets âgés, ces derniers se suicident bien plus que les sujets jeunes. Le passage à l'acte de l'adulte âgé ne relève pas tant d'un « *geste impulsif* », au contraire il se veut prémédité et élaboré⁶. Les moyens utilisés pour mettre fin à ses jours sont violents : chute d'un lieu élevé/pendaison/armes à feu/noyade. Toutefois le surdosage médicamenteux reste un mode opératoire utilisé par le sujet âgé. Les facteurs de risque de suicide⁷ sont : l'âge de plus de 74 ans/le sexe masculin/le syndrome dépressif/la gravité du syndrome/la désintégration du réseau social/la disponibilité d'une arme à feu (qui double le risque de suicide chez la personne âgée). Le matin entraîne des passages à l'acte à cause des « *traits dépressifs prédominant[s]* » chez le sujet très âgé pendant cette période de la journée⁸. « L'utilisation de ces moyens semble liée à



leur disponibilité et à la réglementation les concernant, en particulier pour les armes à feu. C'est pourquoi, en termes de prévention, le contrôle de l'accès aux moyens de suicide et la diminution de leur potentiel létal représentent des aspects importants »⁹. Un contrôle des armes à feu, des pesticides, du conditionnement des boîtes de médicaments et des lieux symboliques semble donc indispensable. La question de l'évaluation du risque suicidaire apparaît donc essentielle. Le psychologue évalue en conscience la conduite à tenir, en tenant compte des prescriptions légales en matière de secret professionnel et d'assistance à personne en danger. Le Code de Déontologie des psychologues¹⁰ apporte des éléments de réflexion pour le psychologue en proie à des doutes face à un sujet exprimant des propos suicidaires. La question du signalement peut se poser¹¹. Il appartient au psychologue, grâce à son haut niveau de formation de discerner, ce qui relève de la plainte suicidaire, d'un discours suicidaire ou de l'idéation suicidaire latente. Dans certains cas, la levée du secret professionnel peut être envisagée. Si l'évaluation est difficile pour le psychologue, il a la possibilité de prendre conseil auprès d'experts tout en préservant l'anonymat. Le professionnel confronté au suicide de son patient doit garder à l'esprit que l'on



ne peut pas être responsable de la mort de l'autre. Le psychologue est dans une place non pas de ce qu'il faut faire mais de ce qu'il faut penser. Le psychologue va amener de l'extériorité, amener des déplacements : il va proposer de voir les choses autrement. Pour autant, le psychologue ne peut pas faire l'économie d'un engagement : c'est toute la question du signalement.

Evaluer le risque suicidaire.

Prévenir le suicide n'est pas le prédire: « la finalité de l'entretien d'alerte de la crise suicidaire ne peut, ne pourra, et ne doit pas être la certitude d'une « prédiction suicidaire ». Il s'agit, en revanche, de déterminer, en s'appuyant sur le discours suicidaire du patient, sur la recherche de facteurs de risque et de protection identifiés, ainsi que sur la clinique propre à l'état de crise, une évaluation de la potentialité suicidaire et de son niveau de gravité dans le but de pouvoir proposer une prise en charge protectrice, adaptée et acceptée »¹². Une évaluation minutieuse de l'état clinique du patient et de sa capacité à s'interroger sur le sens de sa souffrance permettra au clinicien de prendre une décision sur la transmission éventuelle entraînant la levée du secret professionnel. Il conviendra donc d'« évaluer le risque, l'urgence et la dangerosité (RUD) par des questions précises explorant le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, l'impulsivité, la présence de moyens létaux à disposition et la qualité de soutien de l'entourage proche. »¹³ **L'évaluation du potentiel suicidaire** est triple¹⁴ (RUD): **des facteurs de Risque** (prédisposant à l'apparition du geste)/**des facteurs d'Urgence/de Dangerosité** (qui rendent compte de l'imminence du passage à l'acte). Un quatrième¹⁵ niveau est évoqué par d'autres auteurs, constitué par le repérage de facteurs de protection. **Les facteurs de protection** seraient « essentiellement de facteurs psycho-sociaux tels un soutien familial et social de bonne qualité, le fait d'avoir des enfants, des relations amicales diversifiées, etc. »¹⁶.

Possibilités de travail pour le psychologue.

Le psychologue sera attentif à entendre les plaintes, les propos même incohérents, les troubles du comportement comme la déambulation ou l'agressivité, l'humeur souvent triste...croire en la singularité du sujet. Un sujet ne se résume pas à sa maladie ou à son âge. **La question du suicide doit être envisagée y compris chez un adulte souffrant de maladies neurodégénératives.** Derrière un acte suicidaire, il y a toujours une souffrance. Il ne faudrait donc jamais minimiser l'acte d'une tentative de suicide. Il est souhaitable de s'arrêter et de se demander « ce qui est en jeu ». Comme peu de suicidaires parlent spontanément de leurs intentions, il s'avère nécessaire d'orienter l'entretien. Il convient de poser clairement la question: « **Avez-vous des idées suicidaires?** ». Offrir cet espace de parole ne déclenche pas chez l'adulte âgé l'idée du suicide ni augmente le risque de passage à l'acte. J.L. Terra, spécialiste du suicide, insiste sur le fait que parler ouvertement de suicide à quelqu'un ne lui donne pas envie de le faire. Au contraire, en parler peut permettre au sujet d'exprimer ses difficultés, sa souffrance et certaines idées dont il pourrait avoir honte. Ceci permettrait aussi de se sentir entendu, compris et momentanément soulagé. Les apports de la psychanalyse permettent de penser la pratique du psychologue. Celui-ci assuré de la singularité du su-



jet, qu'il soit très âgé et/ou atteint de démence peut se risquer à la rencontre analytique. L'acte suicidaire renvoie le soignant et les patients à leur notion de l'humain, à leur vie personnelle, à la religion, à la liberté et à l'éthique. L'évaluation de la présence de facteurs de risque, du niveau d'urgence et de danger, et de l'absence de facteurs de protection permet de poser l'indication d'une hospitalisation.



1. CHERBONNIER N., *Suicide : une histoire de vie ?*, brochure éditée par le Service Education permanente Question Santé, disponible sur : <http://www.questionsante.be/outils/suicide.pdf>
2. Définition de L'Inserm : La méthode d'autopsie psychologique associe l'approfondissement de cas individuels d'un point de vue qualitatif, [...] elle consiste [...] à analyser des trajectoires de vie dans une logique chronologique, multidimensionnelle et pluri professionnelle. Disponible sur http://www.inserm.fr/content/download/1407/12955/file/autopsie_rencontre_debat.pdf
3. Etude de Suominen et étude de Waerm, citées par BAZIN N., « Conduites suicidaires et dépression du sujet âgé », *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, Vol.2, p. 29-33, Supplément, septembre 2004, Synthèse
4. HAZIF-THOMAS C., CHARAZAC M., THOMAS P., Apathie, dépression et suicide, la revue francophone de gériatrie et de gérontologie, février 2009, Tome XVI, n°152, p.91-98, disponible sur <http://www.psychogeriatric.fr/cours%20site%20CH%20Esquirol/apathie.pdf>
5. Editorial, La revue prescrire, avril 2005, tome 25 n°260, p. 301-302.
6. FACCHIN E., « Grand âge et suicide » un sujet encore tabou, 4 février 2011, France, Disponible sur <http://www.globalaging.org/health/world/2011/Taboo.htm>
7. MASSOUD, La dépression chez les aînés. Soyez vigilants à la diagnostiquer! in revue « le clinicien », mai 2007, P.73 à 78.
8. HAZIF-THOMAS C., CHARAZAC M., THOMAS P., Apathie, dépression et suicide, la revue francophone de gériatrie et de gérontologie, février 2009, Tome XVI, n°152, p.91-98, disponible sur <http://www.psychogeriatric.fr/cours%20site%20CH%20Esquirol/apathie.pdf>
9. KAHN, J.P., Risque suicidaire de l'adulte : identification et prise en charge, disponible sur <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1071238898648&LANGUE=0>
10. Disponible sur http://www.cncdp.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=8
11. ALARCON, N., Le psychologue face au suicide du sujet très âgé, chapitre 5 in « Pratiques psychologiques : enjeux éthiques et déontologiques », sous la direction de B.TISON, Ed. Chronique sociale, avril 2012.
12. MASCRET R., LE GALUDEC M., STEPHAN F., BLETON L. et WALTER M., « Entretien d'alerte de la crise suicidaire », *la revue du praticien*, vol.61, février 2011.
13. MASCRET R., LE GALUDEC M., STEPHAN F., BLETON L. et WALTER M., « Entretien d'alerte de la crise suicidaire », *la revue du praticien*, vol.61, février 2011.
14. Conférence de consensus « La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge », octobre 2000.
15. WALTER M., Prévention du suicide: le souci de l'autre, in *La revue du praticien*, vol.61, Février 2011.
16. KAHN J.P., Risque suicidaire de l'adulte : identification et prise en charge, disponible sur <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1071238898648&LANGUE=0>