

LE SUICIDE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

W. PITCHOT (1)

RÉSUMÉ : Dans les pays développés, le suicide constitue un véritable problème de santé publique. Cependant, contrairement à une idée assez répandue, les jeunes ne sont pas les plus touchés par la problématique du suicide. En effet, les taux le plus élevés se retrouvent chez les hommes de plus de 40 ans et plus particulièrement chez les personnes à partir de l'âge de 75 ans. Les troubles psychiatriques, et, en particulier, la dépression, sont clairement les facteurs de risque les plus importants. On ne doit pourtant pas négliger les facteurs socio-environnementaux comme les événements de vie et surtout l'isolement social. Les affections physiques sont aussi un élément essentiel à prendre en considération. Malheureusement, ces différents facteurs de risque restent assez peu spécifiques du suicide : le dépistage et la prise en charge de personnes à risque restent, dès lors, des défis énormes.

MOTS-CLÉS : *Suicide - Personne Âgée - Dépression - Affection Physique - Prévention*

Ces dernières années, les données épidémiologiques provenant de tous les pays du monde ont stimulé un nombre important d'études sur le comportement suicidaire et incité les états à mettre en place des programmes de prévention du suicide. Les suicides et les tentatives de suicide présentent actuellement un caractère véritablement épidémique. Dans le monde, plus de 800.000 personnes se suicident chaque année (1). Toutes les 40 secondes une personne se suicide et, toutes les 3 secondes, une personne tente de se suicider. Ces dernières années, le risque de suicide et de tentative de suicide a augmenté de manière très sensible. Dans le classement des pays en fonction du taux de suicide observé dans la population, la Belgique occupe toujours une place tristement privilégiée au sein de la Communauté Européenne. En fait, le suicide est devenu un véritable problème de santé publique. Son impact est considérable sur le plan psychologique, social et financier. Cependant, en dépit des progrès significatifs réalisés dans le traitement des troubles psychiatriques, l'incidence du suicide reste très élevée et notamment influencée par des facteurs socio-économiques. En effet, la dernière crise économique et financière a été à l'origine d'une augmentation significative du nombre de suicides dans la plupart des pays occidentaux (2).

SUICIDE IN THE ELDERLY

SUMMARY : In developed countries, suicide is a real public health problem. However, in contrast with a classical idea, suicide is not specific to young people. Indeed, late life suicide is a cause for major concern, particularly for those over 75 years. Psychiatric disorders, and more specifically major depression, are clearly the most important risk factors. However, socio-environmental factors, such as life events and social isolation, should not be overlooked. Physical disorders are also important clinical elements. Unfortunately, all these risk factors are not very specific to suicide and the early detection and treatment of people at high risk remain important challenges.

KEYWORDS : *Suicide - Elderly - Depression - Somatic Disorders - Prevention*

Les conduites suicidaires se retrouvent dans toutes les catégories diagnostiques, dans tous les groupes d'âge et dans tous les groupes démographiques. Cependant, contrairement à une idée reçue, les jeunes ne sont pas les plus touchés par la problématique du suicide. En effet, les taux le plus élevés se retrouvent chez les hommes de plus de 40 ans et, plus particulièrement, chez les personnes à partir de l'âge de 75 ans (3). L'augmentation considérable de l'espérance de vie laisse présager un accroissement important du nombre de décès par suicide chez les personnes âgées.

Dans ce contexte, la prédiction et la prévention du comportement suicidaire chez la personne âgée constituent une priorité. Une meilleure connaissance des facteurs de risque, mais aussi des facteurs de protection, pourrait favoriser le dépistage et la prise en charge des personnes à risque.

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Dans la plupart des pays, le suicide se classe dans le top 10 des causes de décès pour toutes les tranches d'âge et parmi les 2 ou 3 principales causes de mortalité pour la population âgée entre 15 et 34 ans. En effet, dans les pays industrialisés, le nombre de décès par suicide est même supérieur à celui occasionné par les accidents de la route (4). Pour la population masculine, le suicide est la première cause de décès pour la tranche d'âge 25-44 ans. Il occupe la deuxième place après les accidents de la circulation dans la tranche d'âge la plus jeune, chez les 15-24 ans. Pour la population

(1) Professeur, Chef de Service Associé, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU de Liège.

féminine, le suicide occupe la deuxième place, après les cancers, chez les 15-24 ans.

En 2011 (dernières statistiques disponibles), en Belgique, le suicide a été la cause de 2.084 décès (1.485 hommes et 599 femmes) (5). La population des personnes âgées est la plus touchée. Dans notre pays comme dans la plupart des pays occidentaux, les hommes se suicident plus, voire nettement plus, que les femmes. Aux Etats-Unis, par exemple, le rapport homme : femme est de 4 : 1. En Belgique, en 2011, 48 hommes pour 100.000 individus âgés entre 75 et 84 ans se sont suicidés, et plus de 74 au-delà de 84 ans. Dans le groupe âgé entre 65 et 84 ans, 411 personnes se sont suicidées.

Aujourd'hui, l'évolution du taux de suicide est plutôt négative. Entre 1998 et 2007, le nombre de personnes décédées par suicide a diminué, passant de 2.022 à 1.856. Malheureusement, depuis 2008, le taux de suicide a tendance à augmenter de manière significative, particulièrement en Wallonie où le nombre est passé de 708 en 2007 à 797 en 2011 (5). En outre, depuis 2007, l'incidence du suicide est en augmentation chez les personnes âgées. Par exemple, en Belgique pour la catégorie d'âge entre 65 et 84 ans, le nombre de décès par suicide est passé de 381 en 2007 à 411 en 2011.

Le suicide constitue seulement «le sommet de l'iceberg» des comportements d'autodestruction (4). En effet, un nombre extrêmement important d'individus tentent de se suicider ou de s'infliger des blessures souvent assez sérieuses pour nécessiter une assistance médicale. La véritable amplitude de ce phénomène des tentatives de suicide reste cependant mal précisée. En fait, on estime que seuls 25 % des tentatives de suicide conduisent à un contact avec un professionnel de services de soins de santé. Une étude menée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans 16 régions d'Europe et portant sur les années 89 à 92 a permis de mettre en évidence un taux moyen de 193 tentatives de suicide pour 100.000 habitants pour les femmes et de 140 pour les hommes, mais avec une grande variabilité en fonction de la région considérée (6). Une étude plus récente rapporte une prévalence sur la vie entre 0,4 et 4,2 % (7). La majorité de ces tentatives de suicide surviennent chez les personnes en dessous de 35 ans et constituent un «réservoir» duquel émergeront plusieurs suicides. En effet, environ 30 % des personnes décédées par suicide ont tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie, et 14 % ont effectué une tentative dans les 12 mois précédant le

suicide. La tentative de suicide apparaît donc être un des plus puissants prédicteurs cliniques du suicide. En outre, environ 60 % des patients qui tentent de se suicider ou se suicident ont eu un contact récent (dans le mois) avec un médecin. Environ 70 % des patients qui tentent de se suicider sont envoyés dans un hôpital général par un médecin généraliste. La majorité de ces patients (66 %) sont envoyés au service des urgences. Dans plus de 10 % des cas, le patient est envoyé en médecine interne. Cependant, chez les personnes âgées, l'incidence de la tentative de suicide est beaucoup plus faible que pour les autres catégories d'âge.

Le suicide et la tentative de suicide sont généralement précédés d'une idéation suicidaire (4). Le concept d'idée de suicide recouvre aussi bien l'idée fugace de lassitude de vivre que l'intention suicidaire franche avec organisation du passage à l'acte. La prévalence des idées de suicide se situe aux environs de 5 % le dernier mois et de 16 % sur toute la période de vie des sujets. Ces chiffres montrent la disproportion de l'ampleur du phénomène suicide par rapport au phénomène idées de suicide. Seul, le sexe montre des pourcentages différents: 5,7 % pour les hommes et 11,4 % pour les femmes. On retrouve aussi une incidence nettement plus élevée chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés. Kirby et al. ont d'ailleurs montré que si 15,5% des personnes de plus de 65 ans avouaient avoir pensé au cours du mois écoulé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, seuls 3,1% exprimaient un réel désir de mourir (8).

FACTEURS DE RISQUE

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Les troubles psychiatriques sont clairement les facteurs de risque les plus importants (3, 7). En fonction des études, on retrouve une maladie psychiatrique dans 71% à 91% des cas de suicide. Les troubles de l'humeur sont largement représentés et, en particulier, la dépression majeure (9). Celle-ci est présente dans 44% à 87% des cas et est plus fréquente chez les sujets âgés que chez les jeunes. Classiquement, les déprimés bipolaires sont plus à risque que les unipolaires. Certains symptômes dépressifs sont plus spécifiquement corrélés au risque suicidaire : le réveil matinal précoce, l'anhédonie, la perte d'espoir, le pessimisme, l'absence de réactivité aux événements positifs, la perte d'estime de soi, un sentiment constant

d'échec et de dévalorisation, une irritabilité et des troubles cognitifs importants. Ces symptômes doivent être l'objet d'une attention particulière et, sans doute plus spécifiquement, le désespoir dont l'intensité doit être mesurée.

L'intensité de la dépression apparaît comme un paramètre important et notamment lorsqu'il y a des caractéristiques psychotiques, surtout si les idées délirantes sont à thème de persécution, de culpabilité, d'indignité et si le discours du patient révèle des autoaccusations (3). L'existence d'une agitation psychique et/ou motrice, ainsi qu'une dimension confusionnelle, sont également des éléments importants à prendre en considération.

Les troubles liés à l'abus de substances jouent un rôle important. Cependant, les études réalisées chez le sujet âgé rapportent des taux d'abus d'alcool ou d'autres substances très variables, reflétant vraisemblablement des différences régionales (3). L'alcoolisme est aussi plus fréquent chez «les plus jeunes» patients âgés.

Les troubles psychotiques primaires, comme la schizophrénie et autres troubles délirants, représentent une proportion assez faible des suicides chez la personne âgée. Les troubles anxieux sont également rarement à l'origine du suicide dans cette catégorie d'âge.

Les troubles de la personnalité chez la personne âgée ne jouent pas un rôle important dans le passage à l'acte suicidaire contrairement aux jeunes. Dans une étude finlandaise, on retrouvait un diagnostic de trouble de la personnalité chez 14% des personnes âgées de plus de 60 ans et 34% des sujets ayant moins de 60 ans (10).

Bien que les résultats de certaines études soient contradictoires, le diagnostic de démence est classiquement considéré comme un facteur de risque, particulièrement au début de la maladie.

AFFECTIONS SOMATIQUES

Les affections physiques sont les plus fréquents événements de vie précédant le suicide chez les personnes âgées (3). Dans plus de 80% des cas de suicide, une maladie physique est considérée comme un facteur de stress significatif au moment du décès. Par contre, les affections terminales, comme les cancers, ne sont pas un facteur de risque important. Par exemple, dans certaines études réalisées chez les personnes atteintes d'un cancer, le risque de suicide était 2 fois plus élevé que chez ceux ne

souffrant pas d'un cancer. Par contre, pour des affections comme le HIV, l'épilepsie, la maladie de Huntington, les maladies cardio-vasculaires ou le lupus érythémateux, le risque relatif pour le suicide peut être jusqu'à 4 fois supérieur.

Au-delà de la nature de l'affection physique, l'important en termes de risque suicidaire est l'impact de la maladie sur le fonctionnement de l'individu, sur son intégrité physique, son autonomie avec le risque de dépendance qui peut y être associé. La présence d'une douleur physique chronique est aussi un élément déterminant. Ce rôle joué par la douleur serait plus important chez l'homme que chez la femme.

FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX

La plupart des personnes âgées qui se suicident vivent seules. Cependant, la relation entre solitude et suicide est relativement complexe. En effet, le suicide est notamment plutôt rare dans les maisons de repos. Par contre, l'imminence d'un placement dans un home peut être un facteur déclencheur. En fait, l'isolement social a un impact nettement plus significatif que la solitude en tant que telle (11).

Le suicide est plus fréquent chez les célibataires et les divorcés, mais surtout chez les veufs. Le risque est particulièrement élevé au cours de l'année qui suit la disparition du conjoint. L'impact du deuil dépend largement des antécédents éventuels de troubles de l'adaptation, de vulnérabilité au stress ou de l'existence d'une détérioration intellectuelle.

En fait, la perte de l'être aimé est sans doute un des événements de vie les plus stressants chez le sujet âgé. En général, les événements de vie sont retrouvés pour 65% des patients dans les trois mois précédant le suicide et pour 42% des patients dans la dernière semaine. L'implication des événements de vie dans les comportements suicidaires est plus grande chez les patients souffrant d'état dépressif non majeur. Parmi ces événements, les conflits interpersonnels jouent un rôle prépondérant. On retrouve souvent une notion de rupture comme la perte d'une relation affective. Les conflits au sein du couple ou de la famille constituent aussi des facteurs de risque extrêmement fréquents. Parfois, le passage à l'acte suicidaire est la réponse à une incitation au suicide clairement exprimée par l'entourage.

Le taux de suicide est fortement en relation avec l'importance du tissu social au sein duquel évolue l'individu. Le sentiment d'appartenance à un groupe constitue un facteur de protection

évident. Chez les suicidés comparés aux sujets décédés de causes naturelles, on retrouve moins de relations d'amitié et moins d'implication dans la vie communautaire. En fait, l'isolement a souvent tendance à augmenter dans la période précédant le passage à l'acte.

D'autres facteurs d'isolement social sont cités comme l'immigration (source de déracinement socio-culturel), un ou plusieurs déménagements, un emprisonnement, une hospitalisation avec l'éloignement familial, l'absence ou la perte de convictions religieuses, politiques ou syndicales.

La mise à la retraite peut aussi, chez certaines personnes, constituer un facteur précipitant du suicide quand cette situation engendre une perte de l'estime de soi. L'absence de préparation confronte aussi les individus à une sensation de vide existentiel. La pauvreté, comme la violence envers les personnes âgées, peuvent aussi être considérées comme des facteurs de risque.

PRÉVENTION

Les facteurs de risque cliniques du comportement suicidaire sont aujourd'hui bien connus. Malheureusement, ces facteurs sont peu spécifiques du comportement suicidaire et ne permettent généralement pas de réaliser une évaluation fiable du risque suicidaire et d'instaurer une stratégie de prévention efficace. Pourtant, de nombreux passages à l'acte suicidaires pourraient être évités en améliorant le dépistage et la prise en charge des suicidaires par les professionnels de la santé. A cet égard, une meilleure reconnaissance et un traitement plus adéquat des affections psychiatriques, et surtout de la dépression, constitue un aspect très important de la prévention. A ce niveau, le rôle du médecin généraliste est essentiel. En effet, les données de la littérature montrent que la prise en charge de la dépression en médecine générale joue un rôle majeur dans la prévention primaire du suicide. Malheureusement, la dépression du sujet âgé reste une pathologie sous-diagnostiquée et sous-traitée (12). Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi la dépression est si peu diagnostiquée chez la personne âgée. Généralement, la dépression est considérée comme un aspect normal du vieillissement et son dépistage n'est pas considéré comme une priorité par les services médico-sociaux. Souvent, les médecins sont beaucoup plus concernés par les pathologies somatiques que par les troubles mentaux éventuels. En outre, les sujets âgés sont fréquem-

ment confrontés à l'isolement et se révèlent réticents à se plaindre de dépression. Enfin, la symptomatologie dépressive est atypique et l'étiologie très hétérogène.

Les symptômes classiques de la dépression du sujet jeune se retrouvent chez la personne âgée. Cependant, le tableau clinique est souvent atypique, la symptomatologie dépressive étant souvent masquée notamment par les plaintes à caractère somatique. Parmi les symptômes indépendants de l'âge, on retrouve l'anhédonie, la perte d'appétit avec amaigrissement, les troubles du sommeil, le ralentissement psychomoteur, le désespoir, le pessimisme et la perte d'estime de soi. Evaluer les liens entre certains de ces symptômes et la dépression n'est pas chose facile. La notion de perte d'énergie ainsi que les troubles du sommeil sont finalement assez fréquents chez les personnes âgées sans pour autant être en relation avec un trouble dépressif. Le ralentissement psychomoteur peut être confondu avec les effets sur le comportement d'une pathologie invalidante ou d'un syndrome douloureux. Certains traits se rencontrent plus souvent chez les sujets âgés comme l'agressivité, la somatisation, l'ennui, l'isolement.

Les antidépresseurs constituent incontestablement la base du traitement de la dépression modérée à sévère chez le sujet âgé et jouent un rôle important dans la prévention du comportement suicidaire (13).

D'autres interventions peuvent cibler les individus asymptomatiques ou pré-symptomatiques comme les personnes souffrant d'affections médicales chroniques, d'un syndrome douloureux, ou d'un isolement social ainsi que chez ceux exprimant être un fardeau pour leur entourage. Des intervenants comme les infirmières à domicile, les aides-soignantes, les aides-familiales, le personnel des maisons de repos et les médecins généralistes peuvent intervenir à ce niveau de prévention.

CONCLUSION

Au cours des 20 dernières années, dans les pays développés, on a assisté à une augmentation du nombre de suicides chez les adolescents et les jeunes adultes et à la mise en place de programmes de prévention spécifiques pour les catégories d'âges les plus jeunes. Il est vrai que l'émotion suscitée par le suicide d'une personne jeune est toujours particulièrement forte. Le suicide chez la personne âgée est loin de susciter autant de désarroi et d'inquiétude. On

continue malheureusement à voir le suicide des plus âgés comme une véritable fatalité, voire comme la conséquence bien souvent logique d'une affection physique chronique arrivée à un stade terminal. En fait, cette vision caricaturale et réductrice est inacceptable. Quel que soit l'âge, le suicide n'est jamais un comportement tolérable. Il est associé à des facteurs de risque socio-environnementaux bien identifiés et à la maladie, qu'elle soit psychique ou physique. Malheureusement, ces différents facteurs de risque restent assez peu spécifiques du suicide et le dépistage et la prise en charge de personnes à risque restent des défis énormes.

Sans négliger les facteurs sociaux et, en particulier la problématique de l'isolement social, le médecin de première ligne peut jouer un rôle significatif dans le processus de prévention, notamment en améliorant le dépistage et la prise en charge de la dépression de la personne âgée.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS.— www.oms.int.
2. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al.— Effects of the 2008 recession on health : a first look at European data. *Lancet*, 2011, **378**, 124-125.
3. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED.— Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am*, 2011, **34**, 451-468.
4. Pitchot W, Paquay C, Ansseau M.— Le comportement suicidaire : facteurs de risque psychosociaux et psychiatrique. *Rev Med Liège*, 2008, **63**, 396-403.
5. Institut National de Statistique.— www.statbel.fgov.be
6. Schmidtke A, Bille Brahe U, De Leo D, et al.— Attempted suicide in Europe : rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multi-centre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scand*, 1996, **93**, 327-338.
7. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, et al.— Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt : a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2013, **9**, 1725-1736.
8. Kirby M, Bruce I, Radic A, et al.— Hopelessness and suicidal ideation among the community dwelling elderly in Dublin. *Ir J Psychol Med*, 1997, **14**, 124-127.
9. Miret M, Ayuso-Mateos J, Sanchez-Moreno J.— Depressive disorders and suicide : epidemiology, risk factors and burden. *Neurosci Behav Review*, 2013, **37**, 2372-2374.
10. Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, et al.— Mental disorders in elderly suicide. *Inter Psycho*, 1995, **7**, 275-286.
11. Mellqvist Fässberg M, van Orden K, Duberstein P, et al.— A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int J Environ Res Public Health*, 2012, **9**, 722-745.
12. Pitchot W, Scantamburlo G, Ansseau M.— Aspects cliniques et thérapeutiques de la dépression chez la personne âgée. *Rev Med Liège*, 2012, **67**, 566-572.
13. Stone M, Laughren T, Jones ML, et al.— Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults : analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*, 2009, **339** :b2880.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. W. Pitchot, Service de Psychiatrie, CHU de Liège, Belgique.
Email : wpitchot@chu.ulg.ac.be