



ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT



Année : 2021

N° de mémoire : 116

Unité de pédagogie et de recherche en psychiatrie,  
psychologie médicale et d'histoire de la médecine

# Le comportement suicidaire chez le sujet âgé

Travail élaboré par : Dr. Assia KARARA  
Encadrant : Pr. Abderrazzak OUANASS  
Co-encadrant : Pr. Assistant Hind NAFIAA

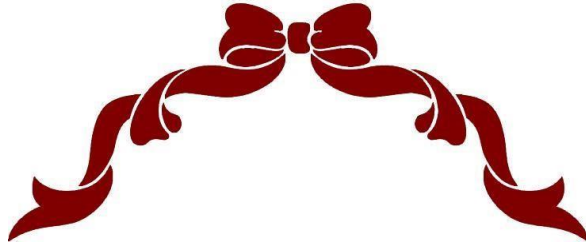
Mémoire de fin d'étude

Pour l'obtention du diplôme national de spécialité en psychiatrie

Sous la Direction de : Pr. Abderrazzak OUANASS

Session : Octobre 2021

# REMERCIEMENTS



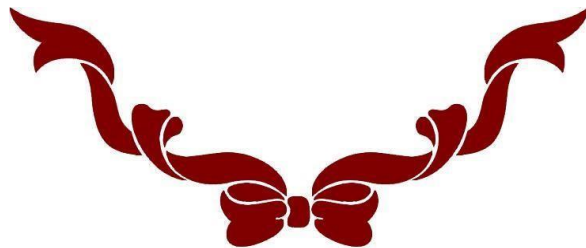
*A mon Maître,  
Mr le Directeur de l'UPR,  
Le Pr Abderrazzak OUANASS,*

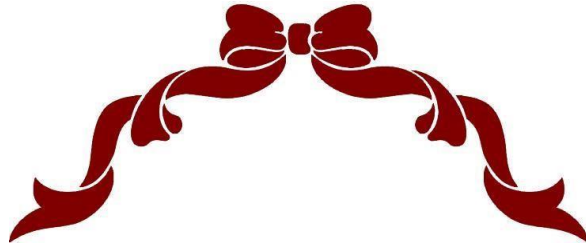
*Je vous remercie infiniment pour l'encadrement et la formation de qualité que vous nous avez délivrés.*

*J'ai eu l'honneur d'être parmi vos élèves et de bénéficier de votre riche enseignement. Vous êtes cher Maître un exemple d'excellence à suivre, aussi bien pour vos grandes compétences professionnelles que vos qualités humaines.*

*Je vous remercie énormément d'avoir accepté de m'encadrer dans ce travail et de m'avoir soutenu le long de ma formation.*

*Veillez trouver ici, Cher Maître, le témoignage de mon admiration et mes respects les plus sincères.*



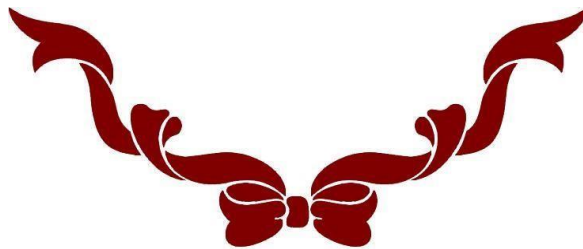


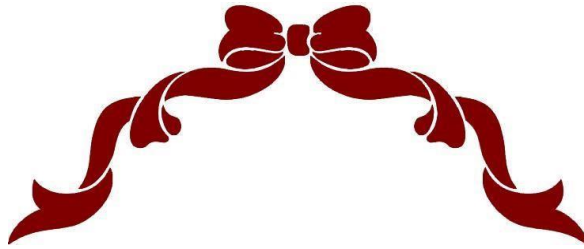
*A mon Maître,  
Mr le Directeur de l'Hôpital Psychiatrique  
Ar-Razi, Le Pr Jallal TOUFIQ,*

*Je ne saurais assez-vous remercier pour, les efforts accomplis  
pour nous apporter une formation de qualité, pour vos  
efforts inlassables ayant permis l'amélioration des conditions  
de prise en charge des patients ainsi que la qualité des soins  
dispensés dans notre hôpital.*

*vos rigueur au travail, votre sympathie ainsi que votre  
modestie sont autant de qualités à admirer.*

*Veillez trouver ici, Cher Maître, le témoignage de mes  
respects les plus sincères.*





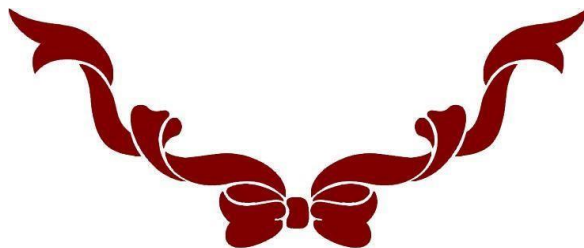
*A mon Maître, Mr le Pr Hassan KISRA,*

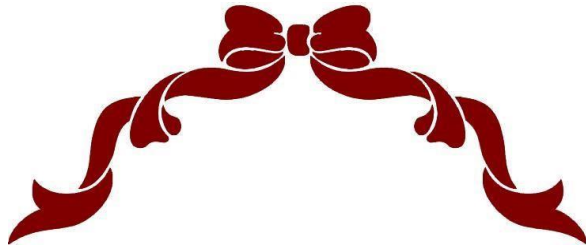
*Je vous remercie sincèrement pour la qualité de  
l'encadrement et de la formation que vous nous avez  
délivrés.*

*J'ai pour vous l'estime et l'admiration qu'imposent votre  
compétence, votre sérieux et votre professionnalisme.*

*Votre dévouement pour la pédopsychiatrie et le travail que  
vous avez mené durant des années, est un exemple qui nous  
incitera à nous accrocher à nos ambitions professionnelles.*

*Qu'il me soit permis, Cher Maître, de vous exprimer mon  
respect et mes sincères remerciements.*



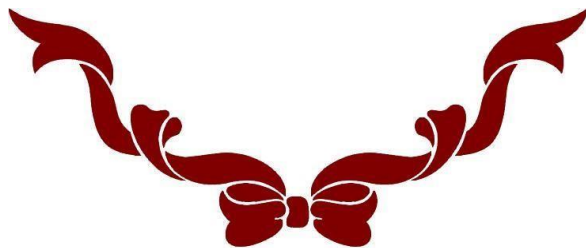


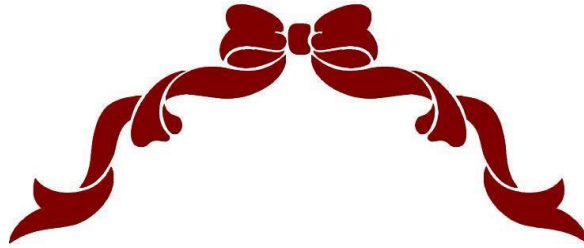
*A mon Maître, Mme le Pr Fatima EL  
OMARI,*

*Je vous remercie pour votre bienveillance, vos efforts et votre soutien qui m'ont été d'un grand apport. Vous avez toujours été l'exemple même du sérieux, par votre dévouement à l'enseignement et à la recherche.*

*Vos qualités pédagogiques et votre volonté de transmettre sont pour moi un modèle.*

*Veillez accepter, Cher Maître, ma gratitude et mes respects les plus profonds.*





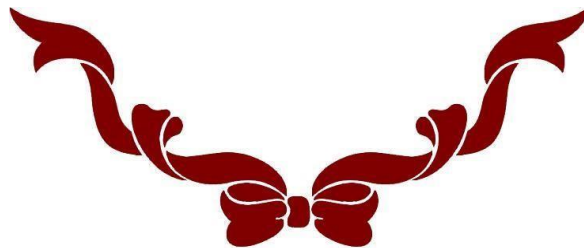
*A mon Maitre, Pr Mohamed KADIRI*

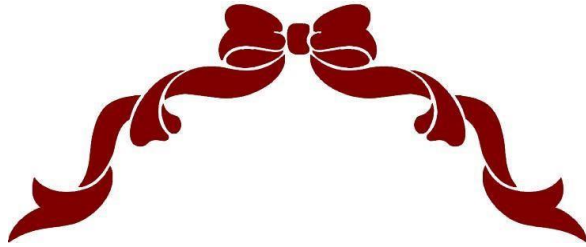
*Je vous remercie pour la qualité de votre encadrement, mais aussi pour votre amabilité et votre modestie que nous avons pu découvrir lors des séminaires d'enseignement et de formation avec vous.*

*Vous avez toujours été pour nous un exemple de rigueur et de professionnalisme.*

*Votre compétence, votre culture scientifique ont toujours suscité notre admiration.*

*Qu'il me soit permis de vous exprimer mon profond respect et mes sincères remerciements pour vos qualités humaines*



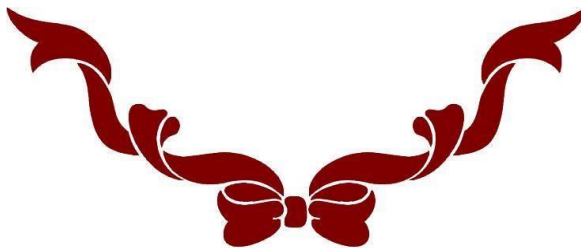


*A mon Maitre, Mme le Pr Maria SABIR,*

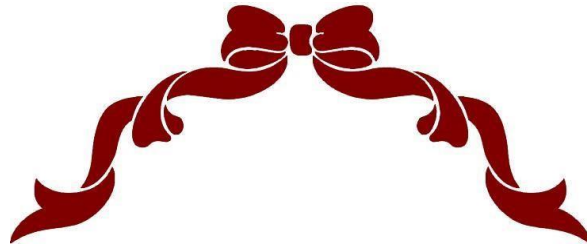
*Nous vous remercions pour la qualité de votre enseignement passionnant au cours de notre formation. J'admire votre finesse. Votre amabilité et votre sérieux sont exemplaires, témoignant de vos grandes qualités humaines et professionnelles.*

*Votre manière de pousser continuellement à la remise en question m'a été d'une aide précieuse.*

*Je vous prie de croire à mes respects les plus sincères*







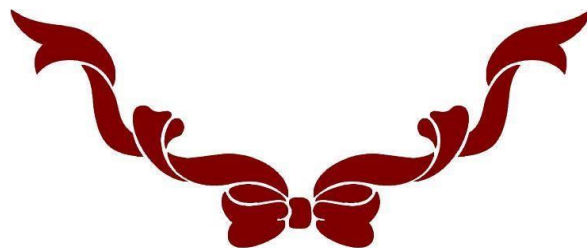
*Au Pr Assistant Hind NAFIAA,*

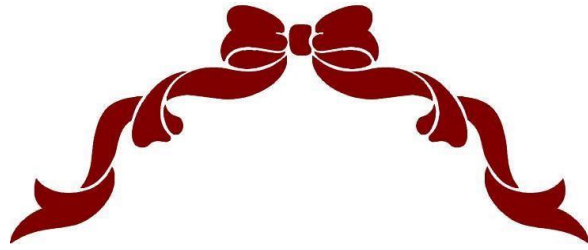
*Vous étiez toujours proche de nous dès le premier jour de notre cursus, Merci infiniment pour votre aide, votre écoute, votre disponibilité, votre gentillesse et votre générosité.*

*Je vous remercie infiniment pour l'intérêt et le temps que vous m'avez accordé, et l'appui constant que vous m'avez apporté, ainsi que vos conseils et orientations.*

*je vous remercie d'avoir veillé à la réalisation de ce travail et de m'avoir aider moralement et scientifiquement.*

*Veillez accepter chère Professeur l'expression de mes sentiments les plus respectueux et les plus reconnaissants.*





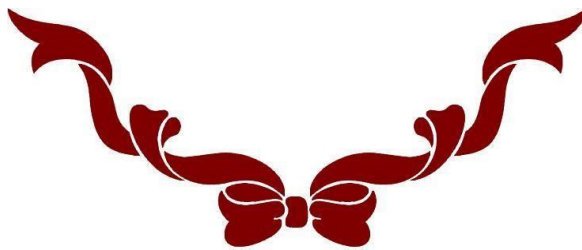
***Au Pr Assistant Fouad LABOUDI***

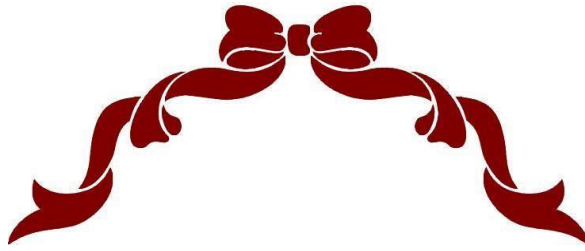
*Durant nos années d'étude, nous avons eu la chance de vous avoir comme enseignant, permettez-moi de Vous témoigner mon respect et mon estime les plus sincères.*

*Je vous remercie pour tout le soutien, l'aide, l'orientation, la guidance que vous m'avait apporté ainsi que vos précieux conseils et encouragements.*

*Votre compétence, et votre rigueur ont suscité une grande admiration et un profond respect.*

*Je vous prie de trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.*





***Au Pr Assistant Siham BELBACHIR***

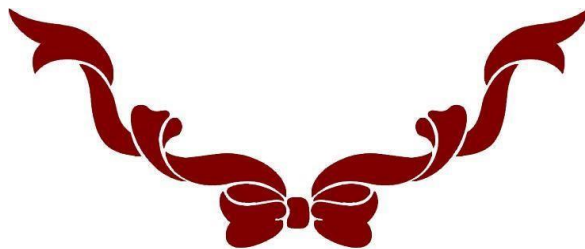
*Nous vous remercions pour votre disponibilité et la qualité  
de votre encadrement.*

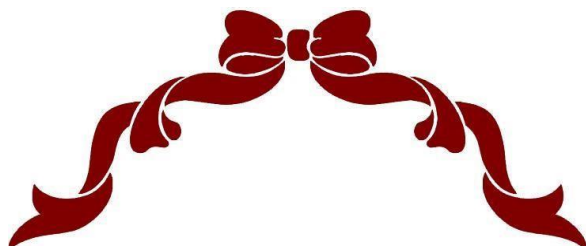
*Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités  
humaines ont suscité en nous une grande admiration*

*Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur  
dans l'exercice de la profession.*

*Vos qualités professionnelles et humaines me serve  
d'exemple.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre grande estime et  
de notre sincère reconnaissance.*





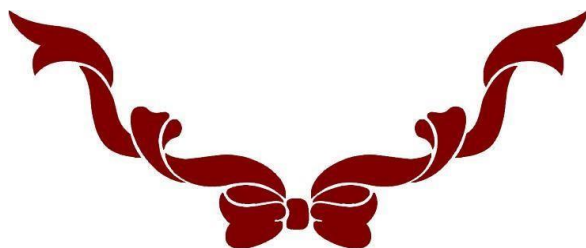
***Au Dr Noureddine BELAHNICHI,***

*Votre désir de faire évoluer cette spécialité nous est  
précieux.*

*Vos conseils étaient toujours pratiques, directs et ciblés.*

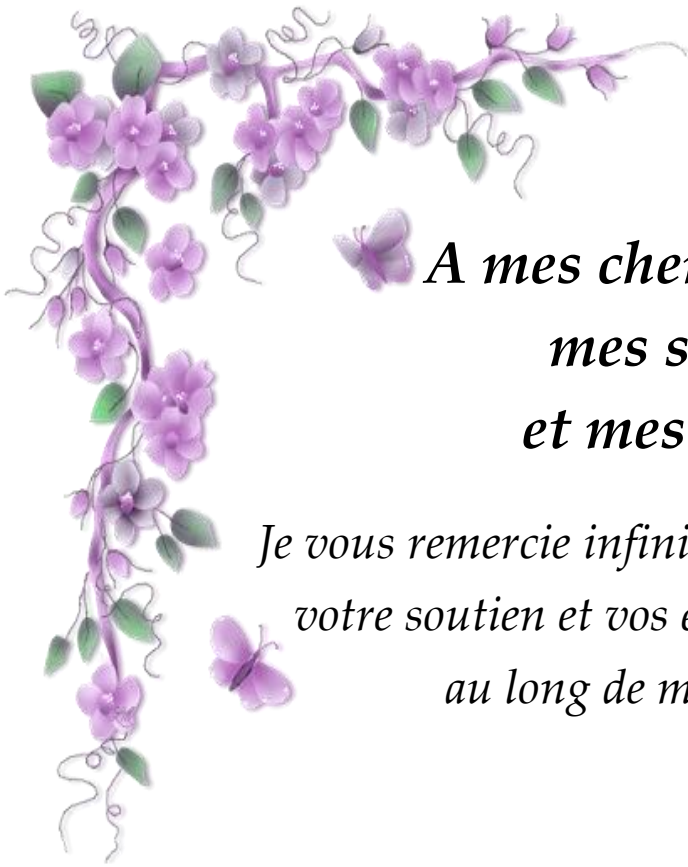
*Votre compétence professionnelle incontestable, vos  
encouragements, votre amabilité, votre disponibilité ainsi  
que vos qualités humaines vous valent l'admiration.*

*Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et  
de mon profond respect*



# DEDICACES

*Je dédie ce modeste travail ...*



*A mes chers parents,  
mes sœurs,  
et mes frères,*

*Je vous remercie infiniment pour vos prières,  
votre soutien et vos encouragements tout  
au long de mon parcours,*

*A toute ma famille,  
et tous les gens que j'aime,*

*A tout le personnel de l'hôpital  
psychiatrique universitaire Ar-Razi de Salé,*

*J'ai eu beaucoup de chance de vous côtoyer durant ma  
formation, en vous remerciant pour votre aide,*



*A tous mes chers patients,*

*A mes chers collègues de promotion  
et à mes anciens collègues*

*qui ont toujours été présents pour nous.*



# Sommaire

<b>Remerciements</b> .....	ii
<b>Dédicaces</b> .....	xiii
<b>Abréviations</b> .....	xix
<b>Liste des figures</b> .....	xx
<b>Liste des tableaux</b> .....	xxi
<b>I- INTRODUCTION</b> .....	1
<b>II- PARTIE THEORIQUE</b> .....	3
1) Définitions : suicide, comportement suicidaire, suicidalité .....	4
2) Données statistiques .....	4
3) La crise suicidaire .....	4
4) Facteurs de risques .....	5
a. Affections psychiatriques .....	5
b. Affections somatiques .....	6
c. Facteurs socio-environnementaux .....	7
d. Rôle spécifique du vieillissement dans la vulnérabilité suicidaire .....	8
5) Les équivalents suicidaires .....	8
a. Le refus de soins .....	9
b. Les états régressifs .....	9
c. Le syndrome de glissement .....	10
d. Les automutilations .....	11
e. Les conduites addictives .....	11
6) Facteurs protecteurs .....	12
7) Interventions auprès des personnes âgées à risque suicidaire .....	13
a. La pharmacothérapie .....	13

b. L'électroconvulsivothérapie .....	13
c. Les psychothérapies .....	14
d. Mesures visant à protéger le sujet âgé .....	16
<b>III- PARTIE PRATIQUE .....</b>	<b>17</b>
1) Objectif de l'étude .....	18
2) Méthodologie et protocole de l'étude .....	18
a. Type et durée de l'étude .....	18
b. Échantillon de l'étude .....	18
c. Lieu de recrutement .....	18
d. Outils d'évaluation .....	18
3) Résultats.....	19
a. Caractéristiques sociodémographiques .....	19
b. Caractéristiques cliniques .....	21
4) Discussion.....	23
<b>IV- CONCLUSION.....</b>	<b>27</b>
<b>V- RESUMES .....</b>	<b>29</b>
<b>VI- ANNEXES.....</b>	<b>33</b>
<b>VII- BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>36</b>

# Abréviations

ATCD	: Antécédent
ATD	: Antidépresseur
ATP	: Antipsychotique
BZD	: Benzodiazépine
IS	: Idéations suicidaires
OMS	: Organisation mondiale de la santé
SCZ	: Schizophrénie
THYM	: Thymorégulateur
TS	: Tentative de suicide

# Liste des figures

Figure 1: Répartition de nos patients en fonction du comportement suicidaire .....	21
Figure 2 : Les différents diagnostics évoqués chez nos patients .....	22

# Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques .....	20
Tableau 2 : Antécédents psychiatriques, addictifs et médicaux chirurgicaux de nos patients .....	21
Tableau 3 : Répartition des patients selon le cadre de la tentative de suicide.....	22
Tableau 4 : Moyens utilisés par nos patients pour leur tentative de suicide .....	22
Tableau 5 : Traitement reçus par nos patients .....	23

# I- INTRODUCTION

Le suicide est sans aucun doute la fin la plus dramatique de l'existence humaine et dans de nombreux cas, il reste un mystère. Le suicide des sujets âgés est un phénomène méconnu, particulièrement dramatique vu sa fréquence et sa gravité clinique. Il soulève des questions sur notre relation avec la vieillesse et la mort.

Le comportement suicidaire chez les sujets âgés est caractérisé par une intentionnalité et une létalité élevées, peu d'antécédents de comportement suicidaire et une faible agressivité. La vulnérabilité au suicide peut dépendre de paramètres étiopathogéniques qui diffèrent avec l'âge [1].

Les facteurs de risque concernent particulièrement les maladies mentales, notamment la dépression, puis les problèmes addictifs, la démence, la douleur et les pathologies somatiques, l'influence des facteurs de risque psychosociaux, à savoir l'isolement et le manque de soutien social ont été également mis en évidence par la littérature [2].

Ces dernières années, les données épidémiologiques du monde entier ont suscité un nombre important de recherches sur les comportements suicidaires et incité les pays à mettre en place des programmes de prévention. Les suicides et les tentatives de suicide prennent aujourd'hui un caractère véritablement épidémique. Dans le monde, plus de 800.000 personnes se suicident chaque année [3]. Toutes les 3 secondes une personne tente de se suicider, toutes les 40 secondes une personne se suicide.

Ces dernières années, le risque de suicide et de suicide a considérablement augmenté. Son impact est considérable sur les plans psychologique, social et financier. Cependant, malgré des progrès significatifs réalisés dans le traitement des troubles psychiatriques, les taux de suicide restent très élevés, particulièrement influencés par des facteurs socioéconomiques. Le dépistage 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 améliorer la prise en charge des personnes à risque.

# **II- PARTIE THEORIQUE**



## **1) Définitions : suicide, comportement suicidaire, suicidalité**

En 1998, un groupe de travail de l’OMS a défini le suicide comme " l’acte pour une personne de mettre fin à ses jours de façon délibérée et en connaissant parfaitement, ou en espérant, l’issue fatale qu’aura son geste " [4] et proposant le terme «para suicide» pour définir les comportements suicidaires non létaux. Cependant, le terme a été abandonné plus tard parce que sa définition n’était pas claire.

Les comportements suicidaires peuvent être de 3 types [5] :le comportement suicidaire avec issue fatale, le comportement suicidaire avec issue non-fatale et blessures, et le comportement suicidaire non-fatal sans blessures.

De Leo a souligné la difficulté d’évaluer l’intention par rapport aux gestes, qui doit conduire à la recherche de la volonté de mettre fin à la souffrance, recherchant ou non la mort. Les idées suicidaires, les planifications suicidaires et les TS peuvent être regroupés sous le terme de suicidalité. Ce terme permet donc de regrouper idées et comportements suicidaires [6].

## **2) Données statistiques**

Un million de personnes meurent chaque année par suicide dans le monde, plus qu’elles ne meurent de guerre, d’accidents ou d’homicides [7]. Les personnes âgées sont le groupe de population qui se suicide le plus par rapport aux autres groupes. Les taux moyens de suicide des personnes âgées de 65 ans et plus sont de 29.3 pour les hommes (pour 100,000 habitants), et de 5 pour les femmes[8].

## **3) La crise suicidaire**

Le suicide est composé en réalité des idéations suicidaires, des intentions suicidaires, des comportements suicidaires indirects et des tentatives de suicide [9].

Devant des situations de stress, les mécanismes d'adaptation et les expériences acquises assurent un état d'équilibre et permettent de ramener l'état à la normale. Dans le cas où ces mécanismes sont insuffisants, l'individu se trouve dans une situation de faiblesse, de tension interne. Les idéations suicidaires, peuvent à ce moment apparaître, et devenir de réelles intentions suicidaires. Suite à un évènement déclenchant, l'individu peut passer à l'acte et mettre fin à une situation jugée intolérable pour lui. Les raptus suicidaires peuvent survenir chez les sujets âgés, et même chez des individus n'ayant pas de trouble psychiatrique.

## **4) Facteurs de risques**

### **a. Affections psychiatriques**

Les troubles psychiatriques sont bien évidemment les facteurs de risque les plus importants [10, 11]. La maladie psychiatrique est retrouvée dans 71% à 91% des cas de suicide, selon les études. Les troubles de l'humeur sont fréquemment représentés et, en particulier, la dépression majeure [12]. Celle-ci est présente dans 44% à 87% des cas et est plus fréquente chez les personnes âgées que chez les jeunes. Classiquement, les bipolaires déprimés sont plus à risque que les unipolaires.

La dépression est une maladie psychiatrique fréquente à la période d'adaptation à une nouvelle existence qu'est le 3ème âge. Elle s'exprime de façons différentes en passant du simple "blues" à la mélancolie psychotique. Souvent masquée chez le sujet âgé ; elle se traduit alors par des troubles somatiques, une insomnie, une perte d'appétit et de poids, des signes psychiques à type d'anxiété des idées de dépréciation, de culpabilité, de perte d'intérêt, une apathie. Elle peut prendre un aspect également pseudo démentiel. Ces symptômes doivent faire l'objet d'une attention particulière, le risque suicidaire est important. L'examen clinique et biologique est primordial et doit rechercher une pathologie intercurrente.

L'intensité de la dépression apparaît comme un paramètre important, surtout lorsqu'il existe des caractéristiques psychotiques, notamment si les délires ont une thématique de

persécution, de culpabilité ou d'indignité et si le discours du patient révèle des autoaccusations [10]. L'existence d'une agitation psychique et/ou motrice, ainsi qu'une dimension confusionnelle, sont également des éléments importants à considérer. Les troubles liés à la toxicomanie jouent un rôle important. Cependant, les études menées chez les personnes âgées rapportent des taux très variables d'abus d'alcool et d'autres substances, reflétant probablement des différences régionales [10]. L'alcoolisme est également plus fréquent chez les patients âgés "plus jeunes". Les troubles psychotiques, tels que la schizophrénie et d'autres troubles délirants, représentent une proportion relativement faible des suicides chez les personnes âgées. Les troubles anxieux sont également rarement à l'origine de suicides dans cette tranche d'âge. Les troubles de la personnalité chez les personnes âgées ne jouent pas un rôle important dans le comportement suicidaire, contrairement aux jeunes. Dans une étude finlandaise, un trouble de la personnalité a été diagnostiqué chez 14% des personnes de plus de 60 ans et 34% des personnes de moins de 60 ans [13]. Bien que les résultats de certaines études soient contradictoires, le diagnostic de démence est généralement considéré comme un facteur de risque, en particulier au début de la maladie.

## **b. Affections somatiques**

Les affections physiques sont les événements de vie qui précèdent le plus souvent le suicide chez les personnes âgées [10]. Dans plus de 80 % des cas de suicide, une affection physique est considérée comme un facteur de stress important au moment du décès. Dans certaines études portant sur des personnes atteintes d'un cancer, le risque de suicide était deux fois plus élevé que chez les personnes sans cancer. En revanche, pour des pathologies telles que le virus de l'immunodéficience humaine, l'épilepsie, la maladie de Huntington, les maladies cardiovasculaires ou le lupus érythémateux, le risque relatif de suicide peut être jusqu'à 4 fois supérieur. Au-delà de la nature de l'affection physique, ce qui est important en termes de risque de suicide, c'est l'impact de la maladie sur le fonctionnement de l'individu, sur son intégrité physique et sur son autonomie avec le risque de dépendance qui peut y être associé. La présence de douleurs physiques chroniques est également un

facteur déterminant. Ce rôle joué par la douleur est plus important chez les hommes que chez les femmes [14].

### **c. Facteurs socio-environnementaux**

La plupart des personnes âgées qui se suicident vivent seules. Cependant, la relation entre la solitude et le suicide est relativement complexe.

En fait, l'isolement social a un impact beaucoup plus important que la solitude[15]. Le suicide est plus fréquent chez les célibataires et les divorcés, mais surtout chez les veufs. Le risque est particulièrement élevé dans l'année qui suit le décès du conjoint.

L'impact du deuil dépend largement des antécédents de troubles de l'adaptation, de vulnérabilité au stress ou de déficience intellectuelle.

En fait, la perte d'un être cher est sans doute un des événements de vie les plus stressants chez les personnes âgées. L'implication des événements de vie dans le comportement suicidaire est plus importante chez les patients présentant des états dépressifs non majeurs. Les conflits interpersonnels jouent un rôle prépondérant, les conflits au sein du couple ou de la famille sont également des facteurs de risque extrêmement fréquents. Parfois, l'acte suicidaire est la réponse à une incitation au suicide clairement exprimée par l'entourage.

Le taux de suicide est fortement lié à l'importance du tissu social au sein duquel l'individu évolue. Le sentiment d'appartenance à un groupe est un facteur de protection évident. Par rapport aux personnes décédées de causes naturelles, les suicidés ont moins d'amitiés et sont moins impliqués dans la vie communautaire. En fait, l'isolement a souvent tendance à augmenter dans la période précédant l'acte de suicide. D'autres facteurs d'isolement social sont cités comme l'immigration (source de déracinement socioculturel), un ou plusieurs déménagements, l'emprisonnement, l'hospitalisation avec éloignement de la famille, l'absence ou la perte de convictions religieuses, politiques ou syndicales. Pour certaines personnes, la retraite peut également être un facteur précipitant le suicide lorsque cette situation entraîne une perte d'estime de soi. L'absence de préparation confronte

également les individus à un sentiment de vide existentiel. La pauvreté et la maltraitance des personnes âgées peuvent également être considérées comme des facteurs de risque.

#### **d. Rôle spécifique du vieillissement dans la vulnérabilité suicidaire**

La définition du sujet âgé, au vu du seul critère d'âge est peu satisfaisante et controversée. On peut donc envisager de définir qu'un adulte devient une personne âgée lorsqu'il adopte certaines spécificités. Beaucoup de changements accompagnent le vieillissement : somatique, sociale, psychologique...

Le processus du vieillissement est caractérisé par un déclin progressif du fonctionnement de tous les appareils.

La vulnérabilité suicidaire des personnes âgées pourrait être liée à une sensibilité importante des régions préfrontales au vieillissement. A l'état physiologique, le vieillissement cérébral touche d'abord les structures du cortex préfrontal dorsolatéral puis des aires ventromédianes (Allain et Le Gall, 2008). L'atrophie cérébrale touche les circuits fronto-striataux-palido-thalamo-frontaux (Alexander et al., 1986). Ces boucles jouent un rôle primordial dans la régulation du comportement, des émotions et des fonctions cognitives complexes. On pense que l'efficacité des processus de régulation cognitive diminue avec l'âge, ce qui expose les personnes âgées à un risque accru de déficits cognitifs (Wang et al., 2011). La capacité du sujet à " faire face " à un événement difficile deviendrait insuffisamment efficace.

### **5) Les équivalents suicidaires**

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude épidémiologique rapportant le nombre de décès liés à cette problématique ; cependant, en institution comme à domicile, les médecins et le personnel paramédical sont souvent en confrontation avec ces sujets âgés qui ne veulent pas vivre.

Les équivalents suicidaires sont des comportements de mise en danger de la vie sans que le désir de mourir soit verbaliser ou clairement exprimé et transmis à autrui, le vécu

psychologique devient une tâche souvent laborieuse, pour le sujet âgé ; il aura de plus en plus tendance à s'exprimer d'une autre manière. Ces sont des motifs fréquents d'appel au secours pour l'entourage et les soignants, dépassés par la lourdeur du message transmis et son manque de lisibilité immédiate.

### **a. Le refus de soins**

Deux types de données semblent vérifier la relation entre la maladie organique et le suicide :

- Le risque réel de suicide au cours d'une maladie organique. (FARBEROW, 1966) [16].
- La présence d'une maladie organique, ou l'évocation d'un tel geste (DORPAT1968) [17].

Les moyens utilisés étaient en relation étroite avec la maladie (accélération d'une perfusion, ouverture d'une fistule, ingestion d'aliments dangereux, etc...). Le refus d'une thérapie chez des sujets atteints d'une maladie chronique peut engager leur vie sans qu'il y ait d'intention de passage à l'acte suicidaire. Dans certaines circonstances, le désir suicidaire s'exprime par une franche opposition aux soins, par un refus de traitement ou de chirurgie [18].

### **b. Les états régressifs**

Ce sont des états où les sujets restent allongés, mutiques, l'air absent avec parfois refus d'alimentation. Ces troubles surviennent de façon brutale et souvent chez des sujets jusque là bien portants. Ces manifestations régressent parfois de façon spectaculaire et passent parfois à la chronicité et sont surtout favorisées par une hospitalisation hâtive.

Chez le sujet âgé les mouvements régressifs n'ont pas tous en effet la même valeur.

La conduite à tenir devra envisager la valeur du mouvement régressif dans l'économie psychique de l'individu. Il s'agit de trouver la " bonne " distance thérapeutique: ni trop tolérants, ni trop stimulants.

Le sujet âgé qui se trouve face à des situations externes traumatiques et anxiogènes peut développer des comportements régressifs, décrits de deux manières[19] :

#### La régression régressive :

- Des réactions dépressives, hypochondriaques, d'abandon, s'exprimant souvent par une attitude d'opposition, de refus de nourriture ou de soins. L'évolution menant souvent au décès, malgré les efforts fournis par les soignants.
- Les tableaux pseudo-organiques tels que la confusion mentale, mode de réaction particulier du psychisme à une agression exogène, pouvant être d'origine organique, psychologique ou émotionnelle. La vie du sujet peut se cristalliser autour de ce noyau confusionnel, correspondant à un véritable "suicide intellectuel".
- De véritables névroses symptomatiques aiguës qu'on peut observer chez les personnes âgées qui viennent d'être victimes d'un accident de la route. Le bouleversement émotionnel provoqué est tel qu'un état de panique permanent qui s'installe. Il est difficile à traiter et entraîne le patient dans une spirale de déficits physiques et psychologiques, aboutissant au décès en quelques semaines .

#### La régression au service du MOI :

Elle se traduit par une série de manifestations reprenant en les accentuant souvent, des traits antérieurs : plus grand repli sur soi, tendance accrue à la dépendance ou à la passivité, accentuation des aspects obsessionnels.

### **c. Le syndrome de glissement**

Le terme de "syndrome de glissement" a été utilisée il y a près de quarante ans par CARRIE [20] pour désigner une façon assez inexplicable de mort des personnes âgées en hospice : "un processus d'involution et de sénescence" distinct de celui qui frappe un patient atteint par la défaillance d'un organe spécifique, dans le cadre d'une affection précise.

Puis ce syndrome a été repris par divers gérontologues, jusqu'à la définition de DELOMIER [21]: « 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. »

Il s'agit de l'installation rapide d'une grave altération de l'état général avec anorexie (voire refus alimentaire) et toutes les conséquences cliniques et biologiques inéluctables sur ce terrain fragilisé, accompagnée d'un désir de mort plus ou moins directement exprimé associé à une asthénie marquée mais sans signe dépressif manifeste, survenant volontiers après un événement de vie difficile avec un intervalle libre.

Ce syndrome de glissement peut être considéré comme un véritable effondrement psychosomatique [22] et non comme une variété de syndrome dépressif.

Il s'agit d'une manifestation psychosomatique correspondant à un système de défense contre les perturbations psycho-affectives et contre un environnement hostile [23].

#### **d. Les automutilations**

Bien que rare, l'automutilation au sens strict existe chez les personnes âgées. Elle peut prendre l'aspect d'un acte suicidaire manqué (phlébotomie), parfois c'est la manipulation du sphincter anal (syndrome d'asthénie de FERGOL).

#### **e. Les conduites addictives**

- La surconsommation de médicaments :

Chez certaines personnes âgées, elle peut finir paradoxalement par les léser et les détruire. Un désir excessif de santé peut être suicidogène.

- Dans le cadre de l'alcoolisme :



Deux types d'alcoolisme sont individualisés : d'une part un alcoolisme à début précoce et ayant vieilli et d'autre part un alcoolisme à début tardif. La fréquence de l'alcoolisme diminue avec l'âge. Elle est de 14 % chez les sujets de plus de 65 ans. Les facteurs favorisant ou déclenchant sont l'isolement, le veuvage, la présence au foyer d'un conjoint infirme ou grabataire.

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 conduisent à la mort brutalement ou insidieusement. La consommation d'alcool 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.

## **6) Facteurs protecteurs**

Les facteurs sociaux et environnementaux peuvent aussi jouer un rôle protecteur. De nombreuses expériences ont montré le rôle protecteur de la solidarité, de l'existence d'un soutien familial et social de bonne qualité, du fait d'avoir des enfants, et des relations amicales.

Turvey et al. (2002) ont constaté que 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 celles qui n'avaient ni amis ni famille.

Certains auteurs soulignent également l'importance des capacités de résilience, c'est-à-dire la capacité des personnes âgées à faire face à l'adversité. La spiritualité est également un facteur protecteur contre la dépression.

## **7) Interventions auprès des personnes âgées à risque suicidaire**

### **a. La pharmacothérapie**

Les sujets âgés ont une forte demande de médicaments et cherchent souvent des solutions à leurs difficultés avec des médicaments plutôt qu'avec des aides psychologiques. Chez les patients déprimés, les traitements pharmacologiques sont en effet nécessaires et jouent un rôle important dans la prise en charge.

Les résultats d'autopsies psychologiques des sujets âgés suicidés montre qu'au moins deux tiers d'entre eux étaient dépressifs, mais que seul un quart recevait un traitement antidépresseur [24]. D'autres études mentionnent que seulement 10% des suicidés ont une ordonnance d'antidépresseur. Ce résultat est un des arguments en faveur du test antidépresseur chez les personnes âgées. Le pronostic d'un état dépressif traité est aussi bon chez les personnes âgées que chez les jeunes adultes, mais le traitement doit être maintenu pendant une durée suffisante.

Les antidépresseurs restent indispensables dans l'arsenal thérapeutique des états dépressifs, outre les antidépresseurs, il faut également dire un mot du lithium et des personnes âgées ; le lithium est souvent arrêté chez les personnes âgées alors qu'il aurait suffi de réduire 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 un risque accru de suicide. Une étude canadienne [25] a démontré que le maintien des patients sous lithium a permis de ramener le taux de suicide à celui de la population générale ; par conséquent, une façon d'éviter une augmentation du taux de suicide chez les personnes âgées est de déconseiller l'arrêt du lithium.

### **b. L'électroconvulsivothérapie**

La mélancolie demeure l'indication de choix pour l'électroconvulsivothérapie, 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.

### **c. Les psychothérapies**

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 être accompagnée d'un soutien psychologique. Les personnes âgées répondent à la psychothérapie, l'âge en soi n'est pas une contre-indication.

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 »[26]. En fait l'évolution constante de sa pensée et de ses écrits jusqu'à sa mort, à l'âge de 82 ans, 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.

La psychothérapie augmente l'estime de soi et la confiance en soi, diminue les sentiments d'abandon et de colère et améliore la qualité de vie. Il existe plusieurs formes de psychothérapies, celles individuelles et de groupe.

#### **✚ Les psychothérapies 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.

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.

### Les thérapies 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 d'un épisode dépressif survenu au moment d'un événement traumatique, le plus souvent une expérience de perte qu'il s'agisse de la perte d'un conjoint, d'un emploi, 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 être reproduits chez l'adulte quel que soit son âge. Selon LE GOUES [27] " 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 20 ans. Ainsi, la technique utilisée par le thérapeute reste la même, que la personne soit plus âgée ou plus jeune.

Dans son ouvrage, « la solitude apprivoisée », QUINODOZ [28] montre que les interruptions de la rencontre entre le psychothérapeute et le patient déclenchent l'apparition d'angoisses liées à la peur 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.

### Les thérapies familiales systémiques :

Le soutien que la famille représente pour un patient âgé peut être si important que le médecin cherchera à établir une alliance thérapeutique avec elle chaque fois que cela sera possible. Cette alliance aura pour but de clarifier les problèmes existants et d'expliquer à la famille la signification du comportement et de la conduite du parent dépressif. L'entourage peut mal comprendre les symptômes de la personne âgée et mal les tolérer, ou à l'inverse, avoir tendance à la surprotéger et à l'infantiliser.

### ✚ Les psychothérapies dans les institutions :

Ils tentent d'identifier les difficultés de cette vie commune et envisagent les efforts à mobiliser pour la rendre plus agréable. Généralement, les personnes âgées rêvent de finir leur vie d'une manière qui préserve leur indépendance et préfèrent la solitude à la promiscuité avec d'autres personnes âgées « tout plutôt que la maison de retraite ».

La base essentielle du confort réside dans les relations humaines, entre les pensionnaires, avec les soignants et les visiteurs, et repose sur le tissu relationnel de la vie quotidienne que l'institution est en mesure de générer, une véritable thérapie psychosociale de l'isolement et de la décrépitude.

#### **d. Mesures visant à protéger le sujet âgé**

### ✚ Supprimer la disponibilité des moyens létaux :

La législation sur le contrôle des armes à feu, la désintoxication du gaz domestique, la restrictions des prescriptions et des ventes de barbituriques, la restrictions de la vente de pesticides, les changements d'emballage des analgésiques, l'utilisation de nouveaux antidépresseurs moins toxiques et l'utilisation obligatoire de convertisseurs catalytiques dans les moteurs de véhicules ont tous contribué à réduire les taux de suicide (Mann et al., 2005). Ainsi, la possibilité de réduire l'accès aux moyens létaux disponibles doit être évaluée avec le malade et son entourage.

### ✚ Formation des médecins à la reconnaissance du risque suicidaire :

Les deux tiers des sujets âgés suicidés avaient consulté leur médecin généraliste au cours du mois précédant leur geste suicidaire, et jusqu'à la moitié au cours des dix derniers jours, surtout pour des symptômes relatifs aux troubles de l'humeur (Preville et al., 2005a).

La recherche de symptômes dépressifs et suicidaires en cas de maladie somatique grave est essentielle. La formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'initiation d'un traitement approprié est une méthode essentielle et efficace de prévention du suicide.

# **III- PARTIE PRATIQUE**

## 1) Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques sociodémographiques, et cliniques des patients âgés de plus de 65 ans ayant fait une tentative de suicide ou ayant présenté des idées suicidaires hospitalisés à l'hôpital Ar -razi de salé afin d'en dresser le profil psychopathologique ainsi que la prise en charge dont ils ont bénéficié.

## 2) Méthodologie et protocole de l'étude

### a. Type et durée de l'étude

Notre étude est une étude rétrospective à recrutement sur dossiers médicaux, portant sur une période de 3 ans, allant du 01 janvier 2017 au 01 mai 2021.

### b. Échantillon de l'étude

Il s'agit d'un travail incluant un échantillon de 19 patients âgés de plus de 65 ans ayant fait une tentative de suicide ou présenté des idéations suicidaires hospitalisés à l'hôpital universitaire psychiatrique Ar -razi de salé.

Le recrutement a été basé sur l'étude de dossiers médicaux.

### c. Lieu de recrutement

L'étude a été réalisée au sein de l'hôpital universitaire psychiatrique Arrazi de Salé.

### d. Outils d'évaluation

✓ Une fiche d'exploitation :

- Données sociodémographiques : sexe, âge, profession, niveau socioéconomique, niveau d'étude, situation sociale, milieu de vie
- Personnels : psychiatriques, conduites addictives, médicochirurgicaux
- Familiaux : de comportement suicidaire
- Prise en charge des patients.

### 3) Résultats

#### a. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen de nos patients était de 69,36 ans, les hommes représentaient 52,6% de la population étudiée, 47,3% de nos patients étaient mariés et 15,7% étaient divorcés tandis que 26,3% était divorcés, 26,3% de nos patient n'étaient jamais scolarisé, 15,7 % de nos patients avaient un niveau d'études primaire, 47,3% avaient un niveau d'étude secondaire, et 10,5 % avaient un niveau d'études universitaires.

Dans notre population 68,4 % de nos patients avaient une profession.

Le niveau socioéconomique de nos patients était faible à moyen chez 94,6 % de et bien chez 5,2%.

89,4% de nos patients vivaient dans un milieu urbain

21% des patients vivaient dans un milieu familial éclaté (tableau 1)



*Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques*

<b>Age moyen</b>	69,36 (min=65, max=75)
<b>Sexe</b>	
<b>Homme</b>	52,6 %
<b>Femme</b>	47,3%
<b>Statut marital</b>	
<b>célibataire</b>	10,5%
<b>Marié</b>	47,3%
<b>Divorcé</b>	15,7%
<b>Veuf</b>	26,3%
<b>Niveau d'étude</b>	
<b>Non scolarisé</b>	26,3%
<b>primaire</b>	15,7%
<b>Secondaire</b>	47,3%
<b>universitaire</b>	10,5%
<b>Profession</b>	
<b>oui</b>	68,4%
<b>non</b>	31,5%
<b>Niveau socioéconomique</b>	
<b>AISE</b>	5,2%
<b>Moyen</b>	78,9%
<b>Bas</b>	15,7%
<b>Milieu de vie</b>	
<b>urbain</b>	89,4%
<b>rural</b>	10,5%
<b>Milieu familial</b>	
<b>Uni</b>	57,8%
<b>Moyennement uni</b>	21%
<b>éclaté</b>	21%

## b. Caractéristiques cliniques

Tableau 2 : Antécédents psychiatriques, addictifs et médicaux chirurgicaux de nos patients

	fréquence	pourcentage
ATCD d'hospitalisation	12	63,2%
ATCD de TS	6	31,6%
	5	26,3%
Usage de drogues		
ATCD médicaux	10	52,6%
chirurgicaux	19	100%
Total		

52,6 % de nos patients ont passés à l'acte suicidaire

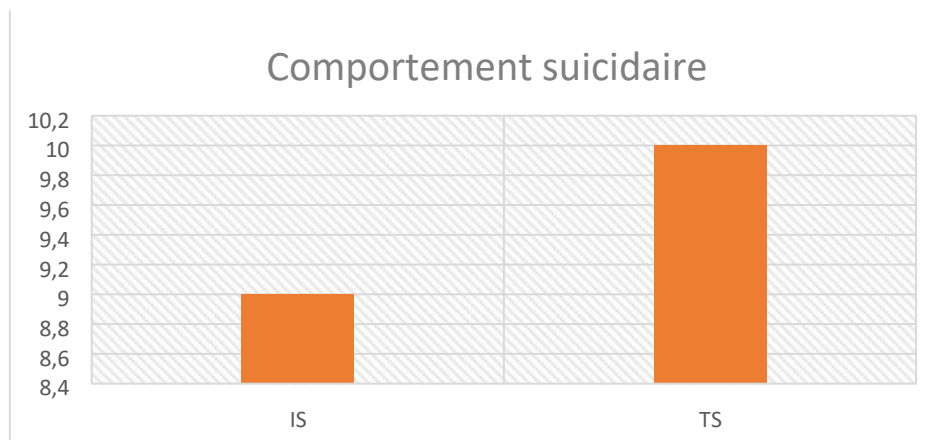


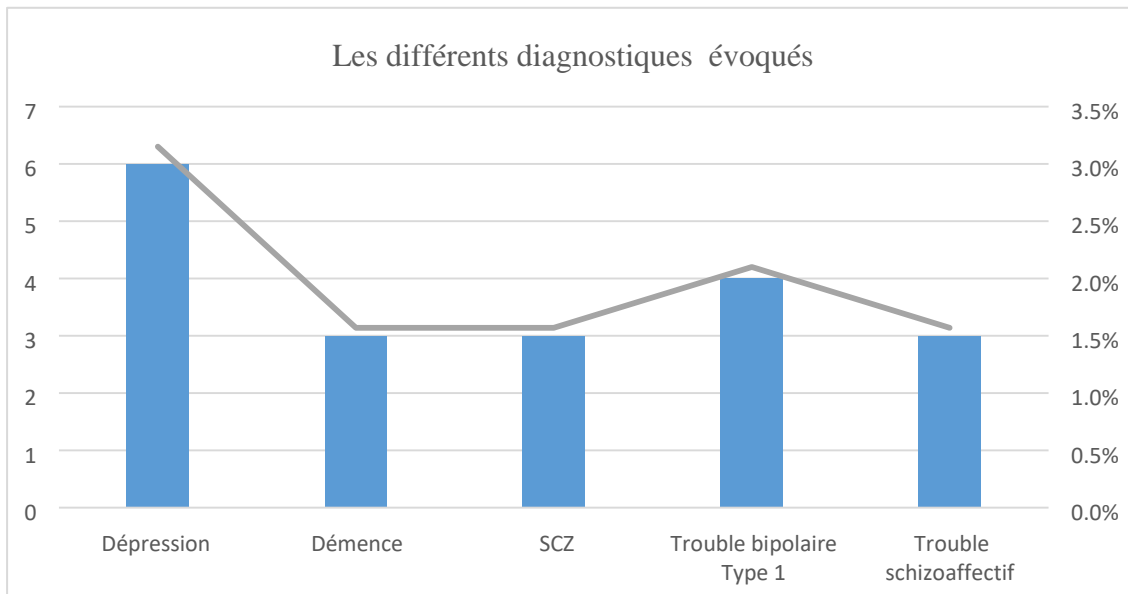
Figure 1: Répartition de nos patients en fonction du comportement suicidaire

**Tableau 3 : Répartition des patients selon le cadre de la tentative de suicide**

Cadre de la TS	Nombre de patients	Pourcentage
dépressif	7	70%
Déliquant	3	30%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Tableau 4 : Moyens utilisés par nos patients pour leur tentative de suicide**

Moyens de TS utilisés	Nombre	Pourcentage
Pendaison	1	10%
Autolyse	3	30%
Saut devant un véhicule	1	10%
Défenestration	1	10%
Précipitation	2	20%
Noyade	1	10%
Refus alimentaire	1	10%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>



**Figure 2 : Les différents diagnostics évoqués chez nos patients**

*Tableau 5 : Traitement reçus par nos patients*

Traitements reçus	Nombre	fréquences
<b>ATD</b>	3	15,8%
<b>ATP</b>	2	10,5%
<b>ATD/ATP</b>	1	5,3%
<b>ATD/ATP/THYM</b>	6	31,6%
<b>ATD/THYM</b>	3	15,8%
<b>ATD/BZD</b>	1	5,3%
<b>Total</b>	19	100%

#### 4) Discussion

L'âge avancé ne protège pas contre la mort par suicide.

Dans presque tous les pays, le taux de suicide des sujets âgés est plus élevé que dans la population générale. A partir de 65 ans chez les hommes, le taux de suicide augmente avec l'âge, et c'est au-delà de 85 ans que le taux de suicide est le plus élevé [29].

Le suicide est davantage prémédité chez les sujets âgés que chez les adolescents, avec une atténuation significative avec l'âge de la crise précédant l'acte suicidaire [30]. Et l'on constate une détermination croissante à se suicider par la radicalité des moyens utilisés, voire l'association parfois de plusieurs méthodes simultanément. La perspective de la mort, immédiate, susciterait moins d'angoisse que celle de poursuivre sa vie dans des conditions difficiles. Toutes les études montrent que les hommes âgés se suicident davantage que les femmes, exception faite de la population chinoise de Singapour [31].

Le suicide chez les hommes est en moyenne 2,8 fois plus élevé que chez les femmes, Au contraire des tentatives de suicide qui sont plutôt le fait des femmes: au-delà de 65 ans, on constate une tentative de suicide pour un suicide masculin, et 3 tentatives de suicide pour un suicide féminin [32].

Dans la plupart des pays occidentaux, on constate dans la population âgée les taux de suicide les plus élevés parmi les divorcées, suivis des veufs puis des célibataires [33].

Le rôle du deuil a une influence significative, surtout chez les hommes pour qui le veuvage multiplie le risque d'autolyse par 3. Selon GALLAGHER, la première année de veuvage serait une période de vulnérabilité particulière : 2.5% des veufs effectueraient une tentative de suicide [34].

Le passage à la retraite est une première cause d'isolement avec la perte de valeur professionnelle associée à la baisse des revenus financiers. La séparation avec les anciens collègues de travail crée également un vide que certains auront du mal à combler en l'absence d'activités de loisirs.

L'isolement, par le sentiment de solitude qu'il peut entraîner, est un facteur de désafférentation et de déracinement affectif à l'origine des comportements suicidaires chez les personnes âgées (Boiffin 1982).

Des études psychologiques sur dossier, menées aux États-Unis, dans les pays scandinaves et au Royaume-Uni, ont montré qu'une maladie psychiatrique est présente chez plus de 70% des sujets âgés décédés par suicide [35].

La dépression est de loin le trouble le plus fréquent associé au suicide chez les personnes âgées, représentant plus de la moitié des suicides dans cette tranche d'âge dans la quasi-des enquêtes réalisées.

Des études cas-témoins sur des groupes de témoins vivants d'âge comparable ont confirmé que la dépression crée un risque majeur de suicide chez les sujets âgés [36].

L'agitation, les inquiétudes somatiques et l'insomnie, lorsqu'elles sont associées à la dépression, laisseraient prévoir un passage à l'acte suicidaire. Ceci reste à confirmer par des études contrôlées [37].

Aux États-Unis et dans les pays scandinaves, plus de 20 % des suicides chez les personnes âgées sont liés à la dépendance à l'alcool [48-50], alors que dans une grande

étude britannique, ce taux n'était que de 5 % [49-50]. Dans une grande étude britannique, ce taux n'était que de 5 % [38].

La schizophrénie est un facteur important de suicide chez les sujets jeunes, mais elle représente moins de 10% des suicides chez les sujets âgés [39].

Le rôle des troubles névrotiques et liés au stress dans le suicide des personnes âgées reste mal élucidé. La plupart des études font état de taux inférieurs à 10%, bien qu'une étude scandinave récente a révélé que 15 % des sujets étudiés présentaient un "trouble anxieux" [40].

Les taux de troubles cognitifs sont rarement rapportés séparément dans les études d'autopsie psychologique. Lorsqu'ils sont précisés, ces taux sont faibles : entre 3 et 6 % dans trois études récentes [41]. Cela refléterait le fait que les patients atteints de démence sévère n'ont pas la capacité cognitive de commettre un acte suicidaire ou ont perdu leurs idées suicidaires ainsi que leur capacité de discernement.

Une légère altération cognitive peut se traduire par un risque accru de suicide, mais elle est difficile à détecter lors d'une autopsie psychologique. Une étude préliminaire cadavérique post-mortem a montré que la maladie d'Alzheimer est surreprésentée chez les sujets âgés décédés par suicide, par rapport à un groupe de témoins du même âge décédés de causes naturelles [42]. La radicalité est une caractéristique spécifique du suicide et des tentatives de suicide chez les personnes âgées [43].

La forte intentionnalité qui accompagne les actes suicidaires chez les sujets âgés se manifeste par l'utilisation fréquente de méthodes violentes, surtout chez les hommes. Le mode de suicide varie largement d'un pays à l'autre en raison des différents moyens disponibles.

Dans une large population de personnes âgées suicidaires en Angleterre, les deux modes de décès les plus fréquents étaient la surdosage médicamenteuse (méthode la plus fréquente chez les femmes), représentant 36% des décès, et la pendaison (la plus fréquente chez les hommes), représentant 26% des décès [44].

Les analgésiques, les hypnotiques et les antidépresseurs tricycliques sont les médicaments les plus souvent impliqués dans les surdosages mortels. La même étude a montré que l'acte final était soigneusement planifié par 22% de l'échantillon, avec des signes d'une certaine planification chez 59% de plus.

Plus d'un tiers d'un échantillon britannique de personnes âgées suicidés avait déjà fait une tentative de suicide avant l'acte final [45]. Étant donné que les antécédents de tentatives de suicide augmentent le risque de futures tentatives, une anamnèse minutieuse est essentielle pour évaluer le risque suicidaire chez les personnes âgées [45].

# **IV- CONCLUSION**



Le suicide est un véritable problème de santé publique. Les sujet âgées constituent une catégorie de population à risque majeur. Les affections psychiatriques, en particulier la dépression, sont clairement les facteurs de risque les plus importants. Cependant , il ne faut pas négliger les facteurs socio-environnementaux tels que les événements de vie et surtout l'isolement social. Les affections physiques sont également un élément essentiel à prendre en compte. Une meilleure connaissance des facteurs de risque, mais aussi des facteurs de protection, pourrait améliorer la prise en charge des sujets à risque.

# V- RESUMES

## RESUME

**Titre :** Le comportement suicidaire chez le sujet âgé

**Auteur :** KARARA Assia

**Mots clés :** Tentative de suicide, idéations suicidaires, sujet âgé, facteurs de risque, prise en charge.

Les sujets âgés sont une catégorie de population à risque majeur de suicide. Les facteurs de risque concernent notamment les troubles mentaux, en particulier, la dépression puis les addictions, les démences, les douleurs et les maladies somatiques. Parmi les facteurs de risque psychosociaux, la littérature insiste sur l'influence de l'isolement et du manque de soutien social.

L'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques sociodémographiques, et cliniques des patients âgés de plus de 65 ans ayant fait une tentative de suicide ou ayant présenté des idées suicidaires hospitalisés à l'hôpital Ar -razi de salé ainsi que la prise en charge dont ils ont bénéficié.

Notre travail consiste en une étude rétrospective sur dossiers médicaux étalé sur une période allant du 01 janvier 2017 au 01 mai 2021, le recueil des informations a été réalisé selon un questionnaire.

L'âge moyen de nos patients était de 69,36 ans, les hommes représentaient 52,6% de la population étudiée. 52,6 % de nos patients ayant des idéations suicidaires ont passés à l'acte suicidaire, le cadre dépressif a été retrouvé chez 70 % de ces patients.

Mieux définir le ou les déterminants neuropsychologiques du passage à l'acte suicidaire auprès des populations âgées constitue un enjeu préventif et thérapeutique.

## SUMMARY

**Title :** Suicidal behavior in the elderly

**Author :** KARARA Assia.

**Keywords:** Suicide attempt, suicidal ideation, elderly, risk factors, treatment.

The elderly are a population category of major risk of suicide. The risk factors found concern first of all mental disorders, in particular major depressive episodes, then addictions, dementia, pain and somatic diseases. Among the psychosocial risk factors, the literature underlines the influence of isolation and lack of social support.

The objective of our work is to describe the socio-demographic and clinical characteristics of patients over 65 years of age who have attempted suicide or who have presented suicidal ideation and who have been hospitalized at the Ar-Razi Hospital in Salé.

Our work consists of a retrospective study on medical records spread over a period from January 01, 2017 to May 01, 2021, the collection of information was conducted according to a questionnaire.

The average age of our patients was 69.36 years, men represented 52.6% of the study population. 52.6% of our patients with suicidal ideations had attempted suicide, 70% of the them were depressed.

A better definition of the neuropsychological determinants of suicidal behaviour in elderly populations is a preventive and therapeutic issue.

## ملخص

**العنوان :** السلوك الانتحاري عند كبار السن.

**المؤلف :** كرامة أسية

**الكلمات الرئيسية:** محاولة الإنتحار، التفكير في الإنتحار، كبار السن، عوامل الخطر، العلاج.

كبار السن فئة من السكان معرضة لخطر الانتحار. عوامل الخطر تتمثل في الاضطرابات النفسية، وعلى وجه الخصوص، نوبة الاكتئاب الكبرى ثم الإدمان والخرف والألم والأمراض الجسدية. من بين عوامل الخطر النفسي والاجتماعي، تؤكد الأدبيات على تأثير العزلة ونقص الدعم الاجتماعي.

الهدف من عملنا هو وصف الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والسريية للمرضى الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا والذين حاولوا الانتحار أو كانت لديهم أفكار انتحارية و تم استشفائهم في مستشفى الرازي بسلا بالإضافة إلى العلاج الذي استفادوا منه.

يتكون عملنا من دراسة بأثر رجعي حول الملفات الطبية موزعة على فترة من 1 يناير 2017 إلى 1 ماي 2021، تم جمع المعلومات وفقًا لنموذج الإستطلاع.

كان متوسط عمر مرضانا 69.36 سنة، ومثلت نسبة الذكور 52.6% من المرضى. 52.6% من مرضانا الذين لديهم أفكار انتحارية حاولوا الانتحار، وتم العثور على الإطار الاكتئابي عند 70% من هؤلاء المرضى.

يعد تحديد المحددات العصبية النفسية عند المسنين مسألة وقائية وعلاجية.

# **VI- ANNEXES**

## Fiche d'exploitation : Suicide chez le sujet âgé

### Caractéristiques sociodémographiques 1-

Age :

3-Situation maritale : Célibataire  marié  divorcé  veuf  5-

Caractéristiques familiales :

Patiente vit :  Seul  En famille

Milieu familial :  Uni  Moyennement uni  Éclaté

6-Niveau d'instruction : Non scolarisé  primaire  secondaire  supérieur  7-

Profession antérieur :

8-Niveau socioéconomique : Aisé  Moyen  Bas

9-Milieu de vie : Rural  urbain

### Antécédents :

#### Personnels

1-TS : non  Oui  Si oui : Nombre

Délai de dernière de T.S : ....

2- Hospitalisation psychiatrique antérieure: non  Oui  Si oui :

Nombre  4-  Usage de substances : non  Oui  si oui les quels :

Tabac  Cannabis  : Alcool  psychotropes  solvants  autres

5- Antécédents médicochirurgicaux :

#### Familiaux

2-Antécédents familiaux de suicide : Oui  non

3- Hospitalisation psychiatrique : Oui  non

### Tentative de suicide ou idéations suicidaires

-TS Oui  non

- IS Oui  non

### Contexte clinique de survenue de la tentative de suicide

#### 1- Contexte de TS :

Délirant

Hallucinatoire

Comportement désorganisé

Sous l'effet de substance

dépressif

## **2-Moyens utilisés :**

Pendaison  Défenestration  phlébotomie  Noyade  étranglement  Gaz   
Insecticide  caustique  médicament  Blessure par arme blanche   
Saut devant un train ou une voiture  autre

**3- Intimité :** Seul  devant assistance

**4- Lieu de TS :** à Domicile  à l'extérieur

**5 -horaire de TS :** Jour  nuit

## **6-Soins médicaux :**

Réanimation  soins ambulatoires  hospitalisation   
Observation  chirurgie

**7- Regrets :** Oui  non

## **Diagnostiques retenus :**

## **Prise en charge en milieu psychiatrique :**

Traitement médicamenteux :

Neuroleptique  Antidépresseur  Thymorégulateur

BZD  autre

psychothérapie

Psychoéducation



# **VII- BIBLIOGRAPHIE**

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700618302057>
2. <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2012-v37-n2-smq0513/1014949ar/>
3. OMS.— [www.oms.int](http://www.oms.int).
4. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42043>
5. De Leo D, Burgis S, Bertolote J m., Kerkhof A j. f. m., Bille-Brahe U. Definitions of Suicidal Behavior - Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 1 janv 2006;27(1):4-15.
6. Department of Health | Suicidality [Internet]. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mentalpubs-m-mhaust2-toc~mental-pubs-m-mhaust2-hig~mental-pubs-m-mhaust2-hig-sui>
7. CepiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) . [www.cepidc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr)
8. Chiu HF, Yip PS, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, Li SF, Conwell Y, Caine E (2004). Elderly suicide in Hong Kong--a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand*. Apr;109(4): 299-305.
9. Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD). Prévention du suicide chez les personnes âgées. Paris; 2013 [[http://www. Social\\_sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD\\_Prevention\\_du\\_suicide\\_Propositions\\_081013.pdf](http://www.Social_sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf)].
10. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED.— Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am*, 2011, 34, 451-468.
11. 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.
12. Miret M, Ayuso-Mateos J, Sanchez-Moreno J.—Depressive disorders and suicide : epidemiology, risk factors and burden. *Neurosci Behav Review*, 2013, 37, 23722374.
13. Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, et al.—Mental disorders in elderly suicide. *Inter Psycho*, 1995,7, 275-286.
14. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/196442/1/Suicide%20personne%20c3%a2g%c3%a9e.pdf>

15. 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.
16. FARBEROW NL. Mc KELLIGOTT JW. COHEN S. DARDONNE A. Suicide among patients with cardiorespiratory illness. *J.A.M.A.* 1966., 195. 6 : 422-428.
17. 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.
18. PEDINIELLI JL. DELAHOUSSE J. Suicide et maladie organique : les avatars de la survie. *Psychologie Médicale*, 1983, 15, 1 : 85-87.
19. 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.
20. CARRIE J. Etude sur les modes de décès des vieillards à l'hospice. Thèse de médecine. Clermont-Ferrand, 1956.
21. DELOMIER Y. Les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement. *Psychol Med* 1985 ; 17 (8) : 111-115.
22. FERREY G. TAURAND PH. GHODHBANE T. Le syndrome de glissement, effondrement psychosomatique ? *Psychologie Médicale*, 1991, 23 (8) :907-911.
23. HENNIAUX H. ERNST J. Le syndrome de glissement, réflexions psychosomatiques : existe-t-il un syndrome de glissement réversible ? *Revue de gériatrie* 1981, 6 : 331-333.
24. LEMPERIERE T. Dépression et suicide.
25. 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.
26. FREUD S. De la psychothérapie. In . S. Freud. *La technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1953, pp 17.
27. LE GOUES G. *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris, PUF, 1991.
28. QUINODOZ JM. *La solitude apprivoisée*. Paris, PUF, 1991, 240 pages.

29. DEVONS CA Suicide in the elderly : How to identify and treat patients at risk  
Geriatrics 1996, 51(3): 67-72
30. ROBERT L, FRIERSON MD Suicide attempts by the Old and the Very Old Arch.  
Intern. Med 1991, 151: 141-144
31. MONFORT JC Quels sont les facteurs de risque de la crise suicidaire, facteurs  
relatifs aux personnes âgées? Conférence de consensus 2000, ANAES
32. VALES M, DE JAEGER C Le suicide de la personne âgée Gaz. Med. Fr ; tome  
101 ; 19 : 27-2
33. HARWOOD D, JACOBY R Suicidal behaviour among the elderly International  
Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Ed. John Wiley, 2000; 18 : 275-291
34. GALLAGHER D, THOMPSON L, PETERSON J Psychosocial factors affecting  
adaptation to bereavement in the elderly Int.J.Aging Hum.Dev. 1981-1982, 1412:  
79-93
35. Conwelly, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes NT, Caine ED.  
Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a  
psychological autopsy study. Am J Psychiatry 1996;153: 1001-8.
36. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al.  
Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. Am J Psychiatry  
2002;159:450-5
37. Turvey CL, Conwelly, JonesMP, Simonsick E, Pearson JL,Wallace R. Risk  
factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. Am J Geriatr  
Psychiatry 2002;10:398-406
38. Harwood DM, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality  
factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control  
study. Int J Geriatr Psychiatry 2001;16:155-65
39. Harwood DM, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality  
factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control  
study. Int J Geriatr Psychiatry 2001;16:155-65]
40. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al.  
Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. Am J Psychiatry 2002;  
159:450-5.

41. Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, Heikkinen ME, Aro HM, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders in elderly suicide. *Int Psychogeriatr* 1995;7:275-86
42. Rubio A, Vestner AL, Stewart JM, Forbes NT, Conwell Y, Cox C. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol Psychiatry* 2001;49:137-45
43. PELICIER, 1978 ; PHILIPPE et DAVIDSON, 1985 ; MAUDOUX et coll.,1989).
44. Harwood DM, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Suicide in older people: modes of death, demographic factors, and medical contact before death in one hundred and ninety-five cases. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:736-43.
45. Salib E, Tadros G, Cawley S. History of deliberate self harm may predict methods of fatal self harm in the elderly. *Med Sci Law* 2001;41: 107-10