



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2002 –**

**LA PRÉVENTION DU SUICIDE DES PERSONNES AGÉES**

**– groupe n°13 –**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale**

***Animatrice :***  
**Isabelle DONNIO**

## REMERCIEMENTS

*Les entretiens que nous avons menés ont permis de nourrir notre réflexion sur le thème du suicide des personnes âgées.*

*A ce titre, nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels qui ont accepté de nous rencontrer, et en particulier le Docteur Michel Debout, professeur de médecine légale au CHU de Saint-Etienne, qui a bien voulu nous faire part de son analyse au cours d'un exposé tenu à Rennes.*

*Nous voulons également remercier Madame Isabelle Donnio, animatrice du groupe, pour sa disponibilité et son implication dans ce travail.*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. MÉTHODOLOGIE ET DÉFINITIONS.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Méthodologie .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Définitions .....</b>	<b>3</b>
1.2.1. Différentes définitions autour du suicide.....	3
1.2.2. Les différents niveaux de prévention .....	4
1.2.3. Personne âgée, vieillissement : l'imprécision des termes .....	5
1.2.4. Isolement, solitude, dépression, syndrome de glissement : le mal être des personnes âgées.....	6
<b>2. DESCRIPTION, CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Description .....</b>	<b>7</b>
2.1.1. Données générales sur le suicide.....	7
2.1.1.1. Nombre et taux de décès par suicide.....	7
2.1.1.2. Données sur l'âge et le sexe.....	9
2.1.1.3. Données géographiques .....	10
2.1.1.4. Données temporelles .....	10
2.1.1.5. Données socio-économiques .....	11
2.1.1.6. Les modes de suicide.....	11
2.1.2. Les tentatives de suicide.....	12
2.1.3. Les équivalents suicidaires .....	12
2.1.3.1. Le syndrome de glissement .....	13
2.1.3.2. Les conduites addictives .....	13
2.1.3.3. La démence.....	14
<b>2.2. Causes et facteurs de risque (mécanismes de rupture et pertes) .....</b>	<b>14</b>
2.2.1. Les causes majeures .....	14
2.2.1.1. Les troubles psychiatriques, essentiellement l'état dépressif.....	14
2.2.1.2. Les pathologies somatiques .....	15
2.2.1.3. Les facteurs sociaux .....	16
2.2.2. Le profil type de la personne suicidaire et ses limites.....	17
<b>3. LA PRÉVENTION, ÉTAT DES LIEUX ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1. Descriptif de l'existant.....</b>	<b>19</b>
3.1.1. L'amorce d'une réflexion autour du suicide de la personne âgée.....	19
3.1.2. Le développement d'actions non coordonnées .....	19

3.1.3. Le suicide érigé en priorité de santé publique .....	19
3.1.4. Moyens indirects participant à la prévention du suicide des personnes âgées... 21	
<b>3.2. Axes de prévention et recommandations .....</b>	<b>22</b>
3.2.1. Ethique et objectifs .....	22
3.2.2. Actions mécaniques .....	23
3.2.3. Prévention de type médical.....	23
3.2.4. Prévention de type social et environnemental.....	24
3.2.5. Domicile et institutions : spécificités .....	24
3.2.5.1. Domicile .....	24
3.2.5.2. Institutions .....	25
3.2.6. Formation et soutien.....	26
3.2.7. Evaluation et recherche .....	27
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>31</b>
Annexe 1 : Compte-rendu de l'intervention du Professeur Debout.....	31
Annexe 2 : Liste des personnes interviewées.....	34
Annexe 3 : Exemples de grilles d'entretien.....	35
Annexe 4 : Exemples de comptes-rendus d'entretien.....	37
Annexe 5 : Taux de décès par suicide pour 100.000 habitants. France 1981 .....	41
Annexe 6 : Comparaisons internationales .....	42
Annexe 7 : Distribution des taux de décès par suicide des plus de 65 ans pour 100.000 habitants par tranche d'âge dans six départements. 1989-1996 .....	43
Annexe 8 : Distribution des moyens de suicide par âge et par sexe.....	44
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>45</b>

# INTRODUCTION

« C'est parce qu'il y a trop de rendez-vous manqués entre les vivants que certains n'envisagent plus que le rendez-vous avec la mort ».<sup>1</sup>

Chaque année, plus de 12.000 personnes se suicident en France et on dénombre environ 150.000 tentatives de suicide. En 1998, près de 3000 personnes de plus de 65 ans se sont suicidées. « C'est un phénomène constamment sous évalué et banalisé. Pourtant, les chiffres sont accablants et la France reste l'un des pays dits évolués qui suicide le plus de vieillards dans une certaine indifférence ».<sup>2</sup>

C'est en 1993 que le Conseil Economique et Social interpelle les pouvoirs publics sur la problématique du suicide. En 1998, au regard des données épidémiologiques, le Ministère de la Santé érige le suicide en priorité nationale de santé publique. La Fédération Française de Psychiatrie élabore des recommandations sur le thème « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Des programmes régionaux de prévention du suicide sont mis en place.

S'il est vrai que le taux global de tentatives de suicide n'augmente pas avec l'âge et que le nombre absolu de « suicides âgés » est statistiquement faible, il est indéniable que le taux de suicide après 70 ans est plus élevé qu'à n'importe quel autre moment de la vie, surtout chez l'homme.

Lors du dernier recensement de 1999, les plus de 60 ans dépassaient déjà un cinquième de la population française. En 2010, ils en représenteront un quart et sans doute un tiers d'ici 2035.

Ce vieillissement de la population engendre des conséquences sur :

- le financement des retraites en raison de la dégradation du rapport actifs / inactifs ;
- la prise en charge des personnes âgées dépendantes en terme de coût et de qualité ;
- la place de la personne âgée dans notre société. L'image de la personne âgée est dévalorisée, elle renvoie actuellement à la maladie et à la mort. Comment va t'elle évoluer dans le cadre du vieillissement de la population ?
- le nombre de suicides dans cette population.

Le suicide chez la personne âgée reste pourtant un sujet tabou et peu débattu. Il est souvent accepté avec résignation, le nombre d'années perdues étant relativement faible.

---

<sup>1</sup> DEBOUT M., *Le suicide*, Ellipses, 1996

<sup>2</sup> BLOND J.-P., « Longévité et vieillissement », *Techniques Hospitalières*, avril 2002, pp 20-23

Le comportement d'autolyse résulte de nombreux facteurs liés au sujet lui-même et à son environnement. Tous les sujets âgés sont confrontés à un bouleversement existentiel qui remet en question, non seulement leur place et leur rôle au sein de la société et de la famille mais aussi leur devenir propre. « Il y a toujours l'idée qu'à cet âge, le suicide est une sorte de geste d'euthanasie que l'on s'applique à soi-même »<sup>3</sup>. Pourtant, même chez les vieillards, le suicide ne paraît pas être forcément l'expression d'un choix lucide. Il est souvent lié au désarroi, à l'abandon, à la dépréciation, à l'enfermement dans une souffrance physique et psychique engendrant un syndrome dépressif insuffisamment repéré.

Quels doivent être les axes d'un programme de prévention ? Comment les mettre en perspective au regard des débats actuels sur le libre choix du patient, le consentement éclairé et l'euthanasie ? Comment prévenir et lutter contre une certaine forme d'exclusion des personnes âgées aujourd'hui en France ?

Mener une réflexion sur la prévention du suicide chez la personne âgée nécessite, dans un premier temps, de s'attarder sur certains concepts et définitions : *suicide* et *prévention* élargis à des notions plus spécifiques à la personne âgée tels que le *vieillessement*, les *syndromes dépressif et de glissement*. La deuxième partie situe le suicide dans son contexte épidémiologique et tente de développer les causes et facteurs de risque permettant de proposer, dans une dernière partie, quelques recommandations en regard de la stratégie nationale d'actions face au suicide.

## 1. METHODOLOGIE ET DEFINITIONS

### 1.1. Méthodologie

Constitué dans le cadre du module inter-professionnel, notre groupe de réflexion est composé de dix stagiaires provenant de filières professionnelles différentes : directeurs des établissements sanitaires et sociaux, directeurs d'hôpital, directeurs des soins, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, médecin inspecteur de la santé publique.

#### ➤ Recherche bibliographique

Nous avons pris connaissance du dossier documentaire remis par notre animatrice puis nos recherches se sont orientées vers la base de données de l'ENSP ainsi que sur différents sites Internet : ANAES, Psydoc, Légifrance, INSERM, Ministère de la Santé ...

---

<sup>3</sup> Ibid.

### ➤ **Exposé**

A l'invitation de Madame Isabelle Donnio, le Docteur Debout, professeur de médecine légale au CHU de St Etienne et spécialiste du sujet, a présenté ses réflexions relatives au suicide des personnes âgées et à sa prévention. Sa présentation, d'une grande clarté, nous a permis d'aborder ce sujet complexe et difficile dans toutes ses facettes.

### ➤ **Entretiens**

Sur la base d'une liste proposée par notre animatrice, le choix des personnes interviewées s'est fait en regard de leur compétence et de leur intérêt pour le sujet. Cette liste a été complétée en fonction de l'évolution de notre réflexion dans l'objectif de prendre en compte un éventail professionnel le plus large possible. Nous avons ainsi rencontré une élue responsable de la politique de santé de la Ville de Rennes, deux directeurs d'institution pour personnes âgées, six médecins dont deux psychiatres, deux généralistes et deux gériatres, deux psychologues, le directeur départemental de l'association « Aide à Domicile en Milieu Rural », un surveillant général. Nous avons également eu un entretien téléphonique avec la responsable de l'antenne rennaise de l'association « SOS Amitié » (cf. annexe 2).

Après élaboration de grilles d'entretien adaptées aux différents acteurs (cf. annexe 3), des équipes inter-filières ont été constituées pour réaliser les interviews. Chaque entretien a fait l'objet d'un compte-rendu oral à l'ensemble du groupe et d'un rapport écrit (cf. annexe 4).

### ➤ **Rédaction du rapport final**

La répartition du travail de rédaction s'est faite en sous-groupes avec une mise en commun quotidienne en réunion plénière. La rédaction finale a été réalisée en collégialité.

Au final, cette réflexion a été enrichie par la diversité de nos origines professionnelles et elle a constitué un bon apprentissage du travail en équipe.

## **1.2. Définitions**

### **1.2.1. Différentes définitions autour du suicide**

*Le suicide* est, selon le dictionnaire *Larousse médical*, l'action de se donner délibérément la mort. Il peut prendre divers aspects : acte impulsif (raptus) ou acte prémédité. C'est un phénomène complexe, dépassant le cadre psychiatrique auquel on le réduit fréquemment, dans la mesure où il pose la question de la liberté humaine et de ses choix. Le suicide demeure un problème social grave, dont les mécanismes et les limites sont souvent difficiles à cerner.

**La tentative de suicide**, quant à elle, se traduit par un comportement auto-agressif cherchant à menacer la vie, à se mettre en danger ou donnant l'impression de telles intentions mais sans forcément aboutir à la mort. Elle est le plus souvent un appel ou un témoignage, et doit être entendue ainsi pour éviter la répétition. Il s'agit d'une ultime tentative de communication.

**La crise suicidaire** : Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Elle est difficile à repérer. L'identifier permet de créer un espace de prévention et d'intervention.

**Le comportement suicidaire** : terme évoquant à la fois les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les équivalents suicidaires.

**Les équivalents suicidaires** se définissent comme tout comportement mettant en jeu la vie d'un individu chez lequel le désir de mort n'est pas clairement exprimé.

**Le suicidant** : se dit d'une personne qui vient de faire une tentative de suicide, qui a survécu à un geste autodestructeur.

**Le suicidaire** : sujet exprimant soit verbalement, soit par son comportement l'existence d'un risque de passage à l'acte suicidaire.

### 1.2.2. Les différents niveaux de prévention

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) identifie trois niveaux de prévention :

**La prévention primaire** se situe en amont de l'apparition des maladies ou traumatismes, et comprend « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une pathologie dans une population, donc à réduire le risque de survenue de nouveaux cas ». Dans le domaine du suicide, ce sont les activités de sensibilisation, d'information, et d'éducation pour prévenir les conduites suicidaires.

**La prévention secondaire** se situe à l'extrême début de la maladie et comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une pathologie ou d'un traumatisme dans une population, donc à réduire le nombre de patients en réduisant la durée d'évolution ». C'est le dépistage et le traitement précoce. Dans le domaine du suicide, il s'agit du repérage des changements de comportement et des mesures visant à réduire les risques chez les personnes identifiées.

**La prévention tertiaire** comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles ». Dans le domaine du suicide, la prévention tertiaire vise à éviter les séquelles après une tentative de suicide et à prévenir les récurrences.



### 1.2.3. Personne âgée, vieillissement : l'imprécision des termes

#### *La personne âgée*

De nombreux vocables sont utilisés dans le langage courant pour désigner les personnes âgées : troisième âge, quatrième âge, les aînés, les vieux, les vétérans, les seniors...

Il n'y a pas de définition catégorielle de la personne âgée. Selon l'OMS, la personne âgée est une personne de plus de 65 ans, âge moyen de départ à la retraite. On peut préférer, pour qualifier le grand âge, identifier les seuils d'âge à partir desquels le risque de perte d'autonomie est relativement élevé, ou s'accroît de manière importante. On est alors plutôt amené à préférer le seuil de 75 ou 80 ans<sup>4</sup>. Pour les gériatres, une personne est dite âgée quand différentes maladies combinées provoquent une certaine dépendance, ce qui est le cas en particulier à partir de 80 ans.

« La spécificité de la personne âgée n'offre pas de contour bien net : il y a peu ou prou, autant de personnes âgées différentes que d'individus différents. Les degrés de dépendance physique et psychique induisent l'hétérogénéité des personnes âgées, l'hétérogénéité de leurs besoins et l'hétérogénéité de prise en charge nécessaire »<sup>5</sup>.

Même si la réelle notion de personne âgée devrait être basée sur celle de « parcours de vie dont la vieillesse n'est qu'une étape »<sup>6</sup>, nous avons, dans le cadre de cette étude, retenu la définition de l'OMS en raison de la rupture provoquée par la mise en retraite. De plus, cette définition nous permet de clarifier les analyses concernant les données épidémiologiques.

#### *Le vieillissement*

Il n'existe pas de définition précise et satisfaisante de la vieillesse et du vieillissement. Cet âge de la vie revêt tant de facettes que l'on ne peut qu'être limité en tentant d'en apprécier au mieux ses contours.

Le vieillissement est le fait de devenir vieux. Ainsi, il ne concerne pas uniquement les personnes âgées mais tous les âges. Processus dynamique, le vieillissement ne doit pas être pensé uniquement en terme de pertes, de déclin mais aussi en terme de gains. «Ce sont, en effet, le plus souvent des pertes, des deuils, des renoncements, des déficits que l'on évoque avec le vieillissement et, certes, il est fait de tout cela, mais il est aussi enrichissement, expériences acquises, transmission du savoir. Le vieillissement est différentiel, concernant plus précocement certains domaines, évoluant plus rapidement pour

---

<sup>4</sup> ANDRIAN J, in *Gérontologie et Société*, 2001, n° 98, p 41

<sup>5</sup> Docteur MICHEL, ENSP, MIP 2001, thème n°9

<sup>6</sup> DONNIO I., ENSP, MIP 2001, thème n°9

d'autres, créant ainsi parfois un décalage difficile à supporter pour le sujet vieillissant qui voit par exemple décliner ses aptitudes alors que ses désirs restent intacts »<sup>7</sup>.

#### **1.2.4. Isolement, solitude, dépression, syndrome de glissement : le mal être des personnes âgées**

##### ***Isolement et solitude***

Il est d'usage lorsque l'on évoque la question du vieillissement d'y associer le terme de solitude en oubliant que celle-ci n'est pas un problème spécifique à la vieillesse. On se heurte par ailleurs à une autre difficulté : la confusion avec un concept pourtant bien distinct, celui de l'isolement. Si l'on perçoit bien évidemment une intrication étroite entre ces deux notions, l'une n'induit pas obligatoirement l'autre.

On peut différencier ces deux notions en disant que la solitude renvoie à un vécu subjectif où la personne se sent seule, abandonnée quel que soit son environnement social objectif. Le terme d'isolement fait davantage référence à un isolement géographique, aux conditions de vie, telles que l'occupation d'un logement séparé et indépendant, l'isolement social, sentimental, familial, ...

##### ***La dépression de la personne âgée***

La dépression est un état pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice.

« La dépression de la personne âgée revêt des formes très diverses. La forme la plus grave en est la mélancolie d'involution, qui se traduit par une douleur morale intense avec idées de préjudice et de persécution, une hypochondrie (peur non justifiée d'être malade), une détérioration de l'état général. D'autres formes se manifestent par de l'insomnie, des troubles du caractère, un repli sur soi, des affections psychosomatiques diverses, parfois une pseudo détérioration intellectuelle pouvant simuler une démence »<sup>8</sup>.

##### ***Le syndrome de glissement***

« Le syndrome de glissement correspond, chez la personne âgée, à une perte de l'élan vital avec refus d'alimentation, dégradation très rapide de l'état général pouvant conduire en très peu de temps au décès »<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> DURET L., *Les conduites suicidaires de la personne âgée : un échec du vieillissement ?*, thèse de psychiatrie, 1993

<sup>8</sup> Dictionnaire *Larousse médical*

<sup>9</sup> Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, avril 2001

## 2. DESCRIPTION, CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE

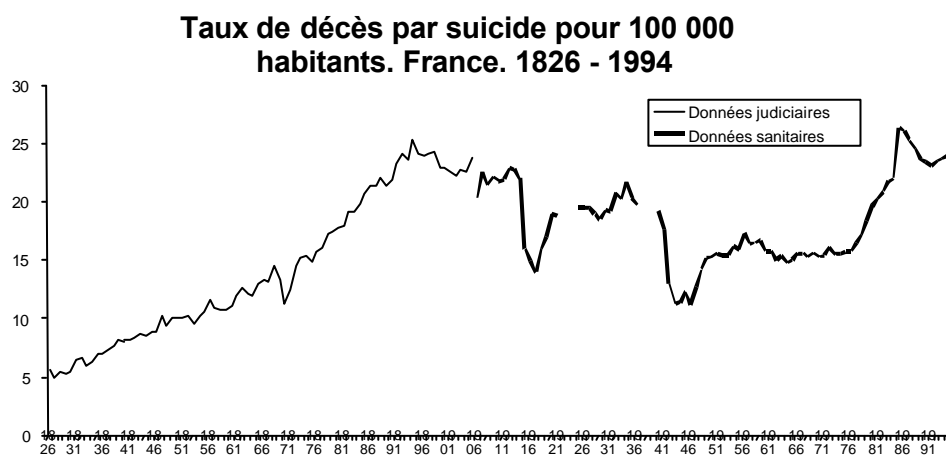
### 2.1. Description

#### 2.1.1. Données générales sur le suicide

##### 2.1.1.1. Nombre et taux de décès par suicide

Le nombre de décès annuels par suicide en France est actuellement d'environ 10.000 à 12.000. Il a été estimé à près de 11.600 par an au cours de la période 1988-1992<sup>10</sup>. Les derniers chiffres donnés par L'INSERM<sup>11</sup> font état de 10.268 décès en 1999 (soit un taux de 17,5 décès par suicide pour 100.000 habitants). Ces données sont obtenues à partir de la compilation des certificats de décès. Elles sont sous-estimées car il semble difficile d'identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte. Les décès sont souvent codés, selon les cas, dans les rubriques « causes inconnues et non déclarées » ou « traumatismes et empoisonnements à l'intention non déterminée » (classification internationale des maladies). Plusieurs auteurs estiment que, pour être réalistes, ces données devraient être majorées de 20 % à 25 %<sup>12</sup>. Globalement, même si l'origine différente des données doit inciter à la prudence, le taux de décès par suicide a largement augmenté en plus de 150 ans. Estimé par les autorités judiciaires à 5,6 / 100.000 / an<sup>13</sup> en 1826, ce taux était évalué à 23,9 / 100.000 / an en 1994 par l'INSERM (cf. figure 1). Les dernières études réalisées par l'INSERM montrent une légère décroissance entre 1987 et 1999.

Figure 1



Source: Baudelot C. & Estabiet R. *Durkheim et le suicide*

<sup>10</sup> PREMUTAM, « Prévention des suicides et tentatives de suicide. Etat des lieux 1995-1997. Bilans régionaux réalisés par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé »

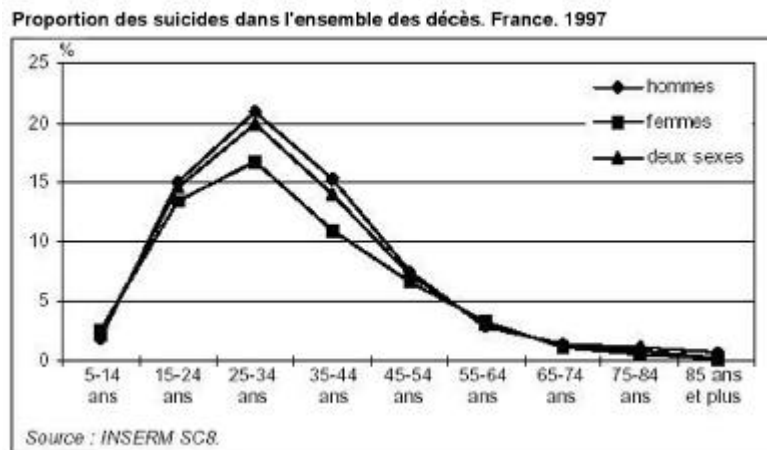
<sup>11</sup> Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

<sup>12</sup> DREES, « Suicide et tentatives de suicide en France une tentative de cadrage statistique », avril 2001

<sup>13</sup> BAUDELOT C., ESTABLET R., *Durkheim et le suicide*, PUF, 1993

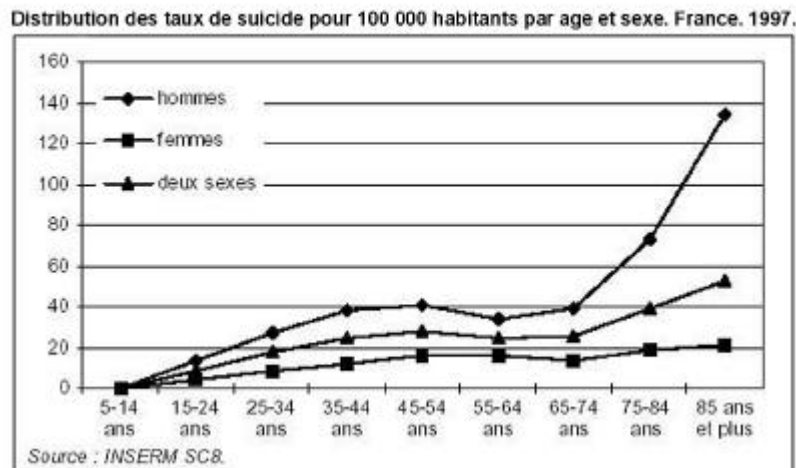
Le poids du suicide dans l'ensemble des causes de décès donne un aperçu de son importance en termes de santé publique. Une étude historique du phénomène montre que la proportion de suicides parmi les décès va sans cesse croissant chez les jeunes, du fait surtout de la baisse significative des autres causes de décès, accidents exceptés (il est à noter qu'en 1999, l'INSERM dénombrait 7918 décès par accident de la circulation). Les suicides représentent plus de 15% des décès entre 15 et 44 ans (20 % entre 25 et 34 ans) et encore 7 % entre 45 et 54 ans. Au delà la place du suicide va fortement décroissant jusqu'à une importance minimale après 70 ans (cf. figure 2).

**Figure 2**



Les suicides de la population de plus de 60 ans représentent plus de 30 % du total des suicides. L'incidence augmente avec l'âge jusque vers 40 ans, reste relativement stable jusqu'à 70 ans puis augmente fortement, notamment chez les hommes (cf. figure 3). Cet accroissement du suicide avec l'âge est régulièrement constaté depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle<sup>14</sup>.

**Figure 3**

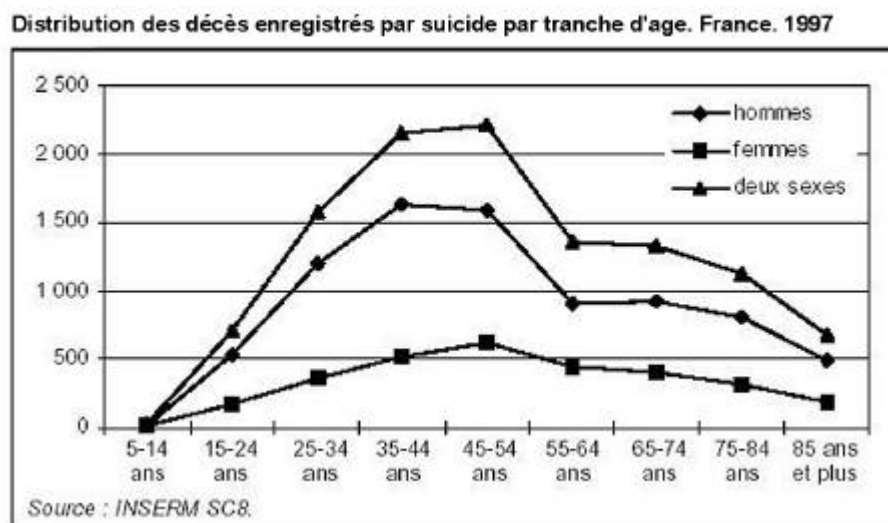


<sup>14</sup> DURKHEIM E., *Le suicide*, PUF, 1976

### 2.1.1.2. Données sur l'âge et le sexe

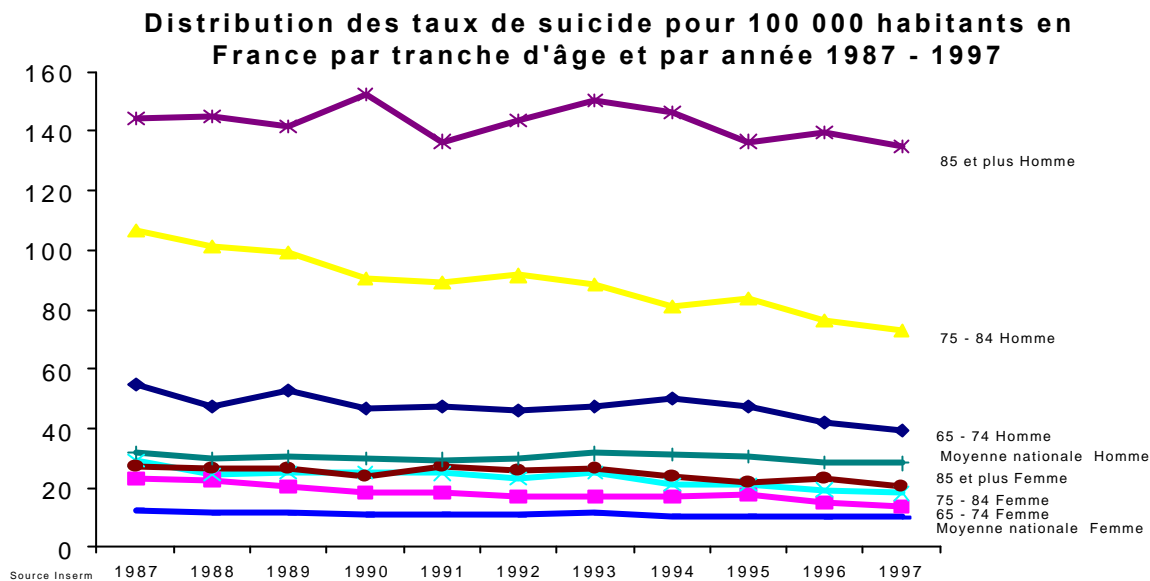
Quel que soit l'âge, le suicide est majoritairement masculin. En 1999, le nombre de décès par suicide s'élevait à 7427 chez les hommes (2,7 % de l'ensemble des décès masculins) et à 2841 chez les femmes (1,1 % de l'ensemble des décès féminins) soit un sex-ratio (H/F) de 2,61. Les décès masculins sont environ trois fois plus nombreux que les décès féminins jusque vers 50 ans et deux fois plus nombreux aux âges plus élevés (cf. figure 4).

Figure 4



Les taux de décès par suicide sont beaucoup plus élevés chez les personnes âgées, et particulièrement chez les hommes, de plus de 75 ans. En 1997, les taux de décès par suicide masculin concernant les tranches d'âge 75 – 84 ans et 85 et plus étaient respectivement de 72,9 et 134,7 / 100 000 habitants alors que le taux national était de 28,3. Chez les femmes, ces taux étaient respectivement de 18,2 et 20,7 alors que le taux national était de 10,1. Il est à noter que la baisse observée entre 1987 et 1999 concerne principalement les tranches d'âge de moins de 85 ans. Elle est moins importante au delà (cf. figure 5).

Figure 5



### 2.1.1.3. Données géographiques

Une comparaison des taux de suicide dans différents pays montre que la France est particulièrement touchée par le suicide (cf. annexe 6). En Europe, d'une manière générale, les pays et les régions du nord semblent d'avantage touchés que les pays du sud. A l'intérieur de l'hexagone, on observe des taux plus importants au dessus d'une ligne reliant Bordeaux à Annecy, exception faite de la région parisienne (cf. annexe 5). Toutefois, depuis 1981, les écarts entre les régions diminuent et se rapprochent de la moyenne nationale. Ces données doivent être, elles aussi, interprétées avec prudence. A une échelle plus réduite, les disparités sont importantes d'un département et d'une année à l'autre, y compris pour les populations de plus de 65 ans (cf. annexe 7) même si les suicides semblent plus nombreux en milieu rural.

### 2.1.1.4. Données temporelles

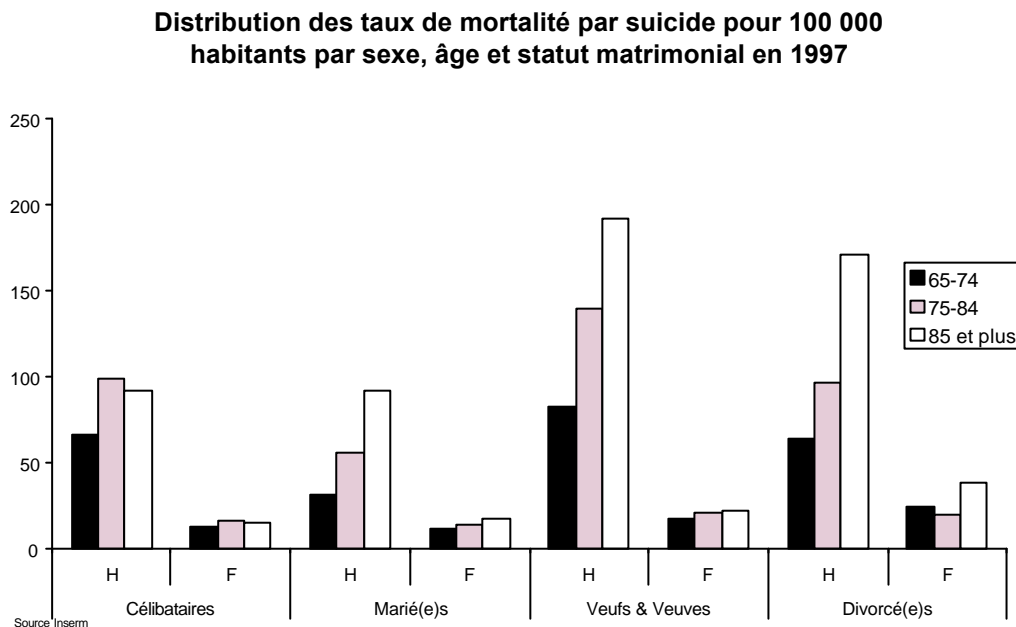
L'étude de l'évolution saisonnière du suicide selon l'âge montre que le pic printanier (et notamment au mois de juin) est particulièrement net pour les sujets de plus de 45 ans et surtout après 55 ans. Même si ces phénomènes de saisonnalité, déjà notés par Durkheim, semblent s'atténuer, on note toujours le même classement des saisons : printemps > été > automne > hiver. Différentes études ont mis en évidence une fréquence plus élevée des suicides les premiers jours de la semaine (lundi et mardi) et pendant la journée<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> DAVIDSON F., PHILIPPE A., *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique*, INSERM, 1986

### 2.1.1.5. Données socio-économiques

Depuis les travaux de Durkheim, peu d'études ont été réalisées sur les facteurs de risque socio-économiques des suicides. L'INSERM a montré que les tentatives de suicide et les décès par suicide sont plus fréquents chez les personnes peu diplômées, à faible revenu économique et chez les étrangers. Il existe aussi des disparités en fonction des communautés religieuses. Les différences observées dans le temps et dans les lieux et en fonction des différentes études rendent ces résultats peu fiables et difficilement généralisables. Néanmoins les problèmes d'isolement (divorce, veuvage) sont quantifiables et souvent au premier plan, notamment chez les personnes âgées (cf. figure 6).

Figure 6



### 2.1.1.6. Les modes de suicide

Tous âges confondus, le mode de suicide par pendaison reste le plus fréquent (38 %), suivi de l'utilisation d'une arme à feu (24 %) puis de l'ingestion de substances toxiques (14 %). Le mode de suicide demeure très différent selon les sexes. Quel que soit l'âge, la pendaison et les armes à feu représentent les modes les plus fréquemment utilisés chez les hommes (cf. annexe 8). Chez les femmes, les modes de suicide varient selon l'âge : les intoxications médicamenteuses diminuent alors que la pendaison et la noyade augmentent avec le vieillissement.

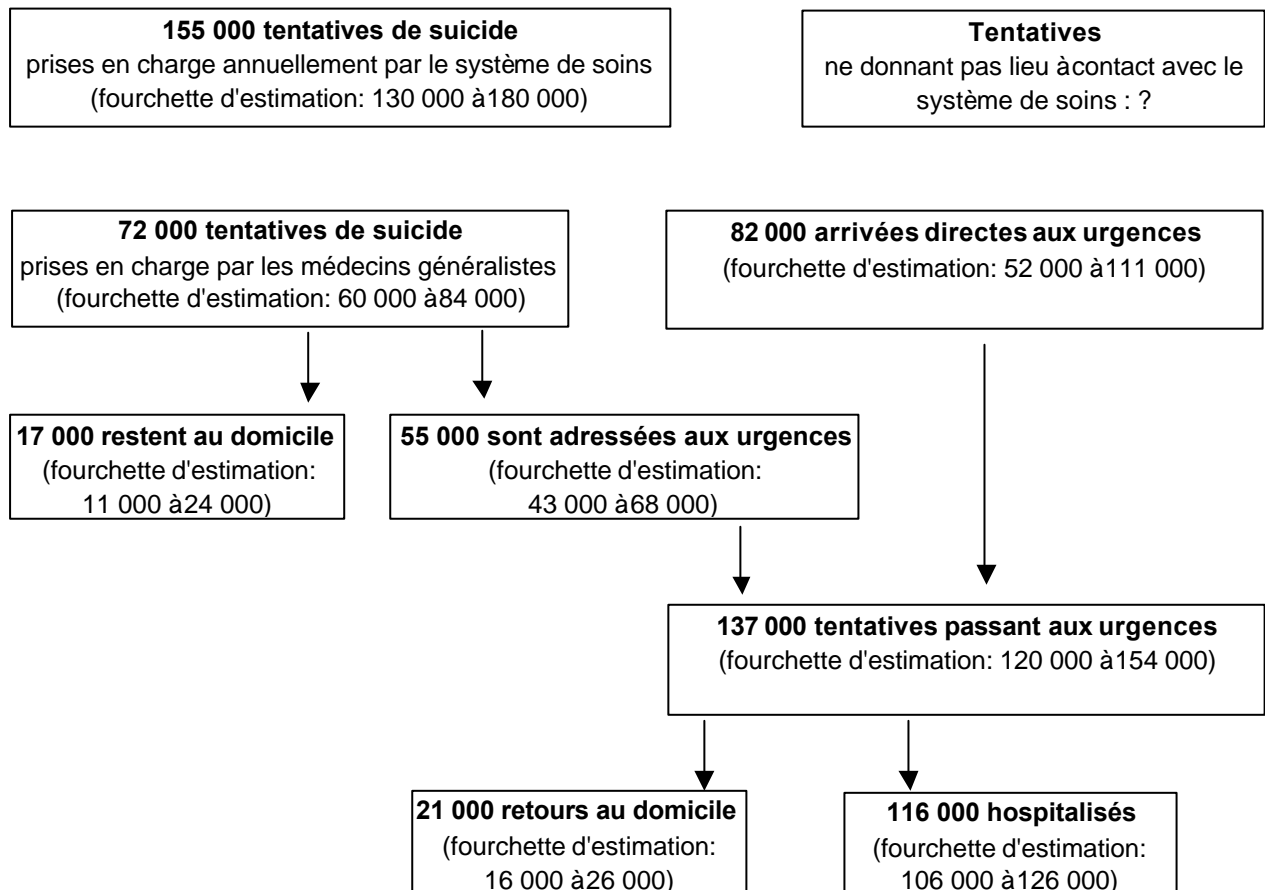
## 2.1.2. Les tentatives de suicide

Toute tentative de suicide doit être considérée comme un acte grave mais la gravité de l'acte varie fortement. La relation entre tentative de suicide et décès évolue avec l'âge comme le montre le tableau suivant:

	Femmes	Hommes
15 - 25 ans	1 décès pour 160 TS	1 décès pour 22 TS
> 65 ans	1 décès pour 3 TS	1 décès pour 1 TS

*Source: AMYOT J.-J., Guide de l'action gériatrique, Dunod, 1997*

L'estimation des tentatives de suicide provient de plusieurs sources : « réseau sentinelle » pour les médecins généralistes, enquête à partir des données du PMSI pour les hôpitaux. En 2001, une étude réalisée par la DREES faisait état de l'évaluation suivante :



## 2.1.3. Les équivalents suicidaires

Les conduites suicidaires qualifiées de conscientes (suicide et tentative de suicide) mettent clairement en jeu la vie du sujet. La signification des conduites suicidaires inconscientes, ou



équivalents suicidaires, paraît à l'inverse plus ambiguë. L'aspect suicidaire de la conduite n'est aucunement évident et, comme le souligne N. Taleghani<sup>16</sup>, « l'équivalent suicidaire n'est tel que parce qu'il a quelqu'un pour le déclarer comme équivalent à un suicide ».

Il n'existe que très peu de données concernant les syndromes de glissement ou les autres équivalents suicidaires. Elles sont le plus souvent parcellaires et non extrapolables. De plus, en fonction des lieux, des dates et des interprétations, ces données sont extrêmement sujettes à caution. Parmi ces équivalents suicidaires, outre les syndromes de glissement, les professionnels évoquent aussi les conduites addictives et les démences.

### **2.1.3.1. Le syndrome de glissement**

Les professionnels se divisent sur l'interprétation du syndrome de glissement. Equivalent suicidaire pour certains (suicide silencieux), équivalent dépressif pour d'autres, il est souvent décrit comme un état régressif aigu. Ce syndrome correspond à un tableau de désinvestissement massif et total vis-à-vis du monde extérieur, avec repli sur soi. Il s'exprime sous forme de violence : violence faite au corps de l'âgé et violence faite à l'autre qui assiste à la lente dégradation et parfois à la mort sans avoir pu intervenir. L'équipe soignante et la famille se trouvent alors confrontées à un choix éthique. Faut-il par exemple contraindre la personne à s'alimenter en lui posant une sonde gastrique ?

A la différence du suicide qui exige une énergie et une détermination, le syndrome de glissement correspondrait plutôt à une résignation du sujet, celui-ci n'ayant pas la force de « penser la mort ». Certains l'interprètent comme une confrontation à la mort. Dans le cas des personnes grabataires, beaucoup de professionnels pensent qu'il s'agit du suicide de la personne qui n'en n'a plus les moyens physiques.

### **2.1.3.2. Les conduites addictives**

L'alcoolisme chez la personne âgée exprime un certain mal de vivre et contribue d'une part à précipiter sa déchéance tant physique que psychique et d'autre part à accentuer le vide autour d'elle en favorisant le rejet. Cette forme de mort sociale accélère fréquemment la mort physique.

Il peut être ici aussi question d'abus médicamenteux, et plus précisément d'abus de psychotropes. La signification de ces abus est rarement tranchée : erreur, valeur suicidaire ou surconsommation par peur de la mort ?

---

<sup>16</sup> DAVIDSON F., COURTECUISSE N., TALEGHANI N., « Recherches sur le suicide des personnes âgées », *Gérontologie*, 1974, N° 1, pp 23-29

### **2.1.3.3. La démence**

La démence en tant qu'équivalent suicidaire suscite elle aussi des débats. Pour certains psychiatres, la démence serait un moyen de mourir socialement en continuant de vivre biologiquement tout en évitant une représentation psychique de la mort.<sup>17</sup>

## **2.2. Causes et facteurs de risque (mécanismes de rupture et pertes)**

### **2.2.1. Les causes majeures**

Les causes de suicide sont le plus souvent difficiles à cerner. Les témoignages des survivants ou ceux des proches et les messages laissés par les personnes décédées sont fréquemment biaisés. Même si ces causes restent floues et imprécises, nous avons tenté de les classer en différenciant deux types de suicide.

Le suicide dit philosophique ou correspondant à une décision prise en pleine conscience tout d'abord. Certains professionnels rejettent cette explication, ne retenant qu'un abord pathologique ou social. Ce débat renvoie à des aspects éthiques que nous aborderons en troisième partie.

Il convient d'aborder dès à présent le suicide lié à des troubles psychiatriques, somatiques ou sociaux.

Précisons cependant que ces distinctions ne servent qu'à la démonstration : il existe souvent une forte interaction entre tous les facteurs.

#### **2.2.1.1. Les troubles psychiatriques, essentiellement l'état dépressif**

Les professionnels s'accordent sur le fait que les déments se suicident peu. La conduite suicidaire requiert en effet une intention et une énergie nécessitant un maintien de la personne dans sa réalité, ce que l'on ne retrouve pas dans la démence. Le suicide peut cependant survenir dans la première phase de celle-ci, lorsque la personne a conscience de l'altération de ses capacités cognitives, en particulier de la mémoire.

La dépression est en revanche une des causes fréquemment citée. Elle est souvent méconnue chez le sujet âgé, alors que les complications sont plus importantes et le pronostic plus sévère qu'aux autres âges de la vie. Cette sous-estimation est en relation avec le fait que souvent le patient, l'entourage, le soignant considèrent que la tristesse et le

---

<sup>17</sup> MAISONDIEU J.-M., « La démence existe-t-elle ? », *Psychiatrie Française*, 1982, vol. 13, n° 5, pp 35-45

ralentissement sont inévitables au cours de la vieillesse : la diminution des activités, de l'intérêt, de l'appétit alimentaire et sexuel, les insomnies sont considérées comme les manifestations d'un vieillissement normal ne nécessitant pas de soins. La dépression du sujet âgé est en outre souvent masquée soit par une pathologie somatique aiguë ou chronique, soit par des troubles cognitifs ou par des plaintes hypochondriaques.

Cet état dépressif se caractérise par <sup>18</sup> :

- une tristesse de l'humeur, appelée aussi tristesse vitale, associée parfois à des idées de mort ;
- une anxiété diffuse, immotivée ;
- une inhibition de la pensée dont les thèmes se groupent uniquement autour des contenus dépressifs ;
- des troubles psychomoteurs : agitation ou au contraire inhibition ;
- des symptômes accessoires peuvent être associés à ces caractéristiques sous forme de troubles neuro-végétatifs et des perturbations fonctionnelles de toute sorte : anorexie, insomnie, troubles digestifs, cardio-vasculaires, respiratoires...

Les dépressions psychogènes ou réactionnelles sont de loin les plus fréquentes chez la personne âgée. Elles surviennent lorsque les difficultés deviennent trop importantes et débordent la capacité de réaction de l'individu – événements douloureux majeurs tels que le décès d'un proche. L'évolution de cette dépression, parfois lente, peut aboutir à un passage à l'acte qui surprend souvent le médecin et la famille. Elles sont souvent accessibles au traitement antidépresseur et à la psychothérapie de soutien.

### **2.2.1.2. Les pathologies somatiques**

La personne âgée arrive dans une période de sa vie où elle voit ses capacités physiques diminuer et ses facultés sensorielles (en particulier la vue et l'audition) s'altérer, contribuant ainsi à la réduction de son champ relationnel. En effet, une infirmité physique ou une maladie chronique grave peut confiner la personne à son domicile puis à sa chambre et enfin au lit. Par ailleurs, la perte brutale de facultés physiques – résultant par exemple d'un accident vasculaire cérébral, de pathologies pulmonaires ou neurologiques – engendre chez le sujet un sentiment de rupture par rapport à son état antérieur.

L'isolement et le sentiment de dépendance ainsi produits sont des terrains fertiles pour la dépression et, plus loin, le suicide. Il s'agit alors d'un « suicide pour éviter de mourir »<sup>3</sup> qui traduit la peur de « mourir vivant », en petits morceaux. Par cet acte, la personne souhaite

---

<sup>18</sup> NOEL R., « Dépression et suicide en gériatrie », *Revue d'action sociale*, nov.-dec. 1982

mettre fin à sa vie dignement et non pas attendre la mort dans un lit d'hôpital, seule, entourée de « machines ».

### **2.2.1.3. Les facteurs sociaux**

L'individu s'inscrit dans la société grâce à un certain nombre de paramètres. Or la vieillesse est un temps de régression sociale, de dépendance à l'égard des proches, notamment financière et affective, et de bouleversement de l'environnement.

#### **➤ Régression sociale**

Contrainte de renoncer à son travail, la personne âgée doit faire le deuil de son identité sociale. Elle doit accepter la perte de son statut de productif alors même que le travail est une des valeurs fondamentales de notre société. Ce deuil social et les conséquences induites (dépression et suicide) touchent davantage les hommes ; ceux-ci ont fréquemment tissé à travers le milieu professionnel un réseau de relations, de contacts et une reconnaissance mutuelle. Les femmes sont, quant à elles, beaucoup plus impliquées dans le milieu familial. Avec l'augmentation du travail féminin et l'évolution du modèle familial, ce décalage perdurera-t-il ?

#### **➤ Dépendance sociale**

Certaines personnes âgées, ne pouvant plus subvenir à leurs besoins, peuvent éprouver un grand sentiment de culpabilité d'être à la charge de leurs enfants, voire de leurs petits enfants. La participation financière à la prise en charge à domicile ou en maison de retraite est parfois synonyme de perte de transmission du patrimoine. Certaines personnes âgées peuvent alors douter de l'utilité de continuer à vivre quand, dans leur esprit, chaque jour qui passe dépossède un peu plus leurs enfants.

D'autre part, le placement en institution, outre la rupture affective qu'il engendre, peut générer chez l'individu un sentiment de dépendance étroit à l'égard des personnes qui l'entourent : ses capacités d'initiative sont limitées jusque dans l'accomplissement des gestes quotidiens, y compris lorsque la personne jouit de toutes ses facultés physiques et mentales.

Enfin, l'absence de réponse aux sollicitations affectives de la personne âgée par l'entourage peut s'avérer être cause de suicide. La personne peut en effet analyser cette attitude comme une permission de son entourage de se supprimer (« suicide de constatation »<sup>19</sup>).

---

<sup>19</sup> suivant la classification du Professeur Yves PELICIER

## ➤ **Bouleversement de l'environnement**

La personne âgée doit faire face à des « remaniements affectifs ». Il peut s'agir tout d'abord de la perte du conjoint. Le veuvage apparaît comme une cause importante du suicide, notamment chez les hommes qui l'acceptent plus difficilement (« suicide de deuil »). En plus de la souffrance affective, ils se retrouvent le plus souvent désemparés face à la gestion du quotidien. De manière générale, le conjoint survivant est confronté tant à la solitude qu'à l'image de sa propre mort.

En plus du sentiment de culpabilité qui s'y rattache très fréquemment, la perte d'un enfant est un élément de bouleversement des repères temporels : il est dans la logique que les parents disparaissent avant leurs descendants. De plus, il remet souvent en cause le sentiment d'utilité du parent.

Avec la disparition d'amis, de voisins, la personne âgée perd des éléments de lien social aussi bien qu'une partie de ses souvenirs. A l'évidence, le placement en institution est une rupture fondamentale pour la personne : perte des repères construits tout au long d'une vie, projection dans un nouvel environnement... D'autres ruptures, en apparence plus anecdotiques, comme la perte d'un animal domestique, viennent troubler un peu plus l'environnement familial et peuvent se révéler comme un déclencheur de l'idée suicidaire.

De manière générale, l'isolement de la personne est un facteur de risque important, et ce, qu'il soit géographique (particulièrement en milieu rural), ou qu'il relève d'une distension du lien intergénérationnel (lié à une évolution du modèle familial et de la place du « vieux » dans la cellule domestique).

### **2.2.2. Le profil type de la personne suicidaire et ses limites**

Si l'on devait donner un profil type de la personne âgée suicidaire, celui-ci recouperait les critères de risque suivants<sup>20</sup> :

- l'âge élevé, surtout après 80 ans ;
- le sexe masculin ;
- le statut social, notamment l'isolement et le veuvage ;
- une maladie psychiatrique, surtout dépressive ;
- l'existence d'une personnalité fragile, voire pathologique ;
- l'atteinte physique : handicap, baisse de l'acuité visuelle et auditive, surtout lorsqu'elle devient intolérable ou se prolonge indéfiniment.

Beaucoup de professionnels y ajoutent les antécédents de tentative de suicide.

Il convient cependant d'éviter toute généralisation. Les praticiens insistent sur la difficulté de poser un pronostic de suicide, chaque personne ayant une trajectoire de vie propre dont les éléments sont autant de facteurs de risque ou de prévention.

Certains professionnels, notamment les psychiatres et les psychologues, voient dans l'échec du travail de vieillir la cause première du passage à l'acte suicidaire de la personne âgée. C'est en effet par ce « travail de vieillir » que s'effectue l'épreuve de réalité et, avec elle, la reconnaissance de la loi du temps impliquant une succession de deuils et de renoncements. L'homme vit dans l'espoir de garder jusqu'à la fin, non seulement l'ensemble de ses facultés, mais aussi la même image de lui-même. A la suite de ces deuils, de ces renoncements, la personne prendra soudainement conscience qu'elle est en train de vieillir et que ce processus physiologique apporte avec lui son lot de réductions des capacités physiques, psychiques.

Certaines personnes vont puiser dans l'évolution de leur corps une nouvelle force et effectueront alors un véritable « travail de vieillir » en trouvant dans leur passé, leur vécu et leur environnement les moyens nécessaires pour accomplir celui-ci. Il apparaît clairement qu'une personne s'étant construite de façon harmonieuse tout en ayant acquis une suffisante estime de soi pourra plus facilement accepter ce changement inéluctable.

Au contraire, ces transformations peuvent bouleverser d'autres personnes qui ressentiront alors un sentiment d'insécurité issu de leurs interrogations quant à leurs propres facultés d'adaptation (« suicide d'effroi », réaction de fuite devant une situation de menace directe).

Au final, l'isolement, le sentiment de solitude, la dégradation de l'image de son corps, les difficultés économiques ou encore l'impossibilité pour les proches de répondre aux sollicitations affectives vont correspondre à autant de facteurs explicatifs de l'échec du travail de vieillir.

### **3. LA PREVENTION, ETAT DES LIEUX ET RECOMMANDATIONS**

Le phénomène suicidaire chez la personne âgée est resté longtemps occulté par les pouvoirs publics qui, de surcroît, ont privilégié avant tout la prévention en faveur des jeunes. L'intérêt pour le suicide des personnes âgées s'est cependant manifesté au début de cette

---

<sup>20</sup> LEGER J-M., TESSIER J-F., THERME J-F., « Le suicide du sujet âgé », *Revue pratique*, 37, 13, 1987

dernière décennie avec le développement d'actions préventives mais encore insuffisantes; ce constat nous a conduit à élaborer des recommandations.

### **3.1. Descriptif de l'existant**

Le suicide de la personne âgée a fait tardivement l'objet de réflexions par les pouvoirs publics sur les mesures à mettre en œuvre pour éviter le passage à l'acte.

#### **3.1.1. L'amorce d'une réflexion autour du suicide de la personne âgée**

Le rapport du Conseil Economique et Social publié en 1993 <sup>21</sup> met pour la première fois en exergue l'absence d'une véritable politique de prévention du suicide des personnes âgées. Celui-ci préconise différents axes de prévention :

- agir sur ce qui contribue à renouer les liens sociaux ;
- lutter contre l'isolement et favoriser le maintien dans un cadre habituel de vie ;
- améliorer les conditions d'accueil dans les établissements, notamment à travers l'écoute ;
- développer la formation gérontologique des intervenants auprès des personnes âgées.

#### **3.1.2. Le développement d'actions non coordonnées**

La prévention du suicide de la personne âgée s'est avant tout organisée autour des services d'écoute téléphonique et des lieux d'accueil. En effet, ils jouent un rôle majeur auprès des personnes susceptibles de choisir le suicide comme seule issue en proposant de façon anonyme un contact immédiat avec un bénévole. Citons à ce titre la création de « SOS Amitié » en 1960 <sup>22</sup>, puis celle de l'association « Suicide Ecoute » en 1994.

La place des associations est longtemps restée prépondérante en matière de prévention du suicide alors que l'intervention des acteurs publics demeurait largement en retrait.

#### **3.1.3. Le suicide érigé en priorité de santé publique**

La prévention du suicide a été reconnue comme l'une des dix priorités de santé publique lors des deux conférences nationales de santé en 1996 et 1997.

---

<sup>21</sup> Le rapporteur en fut le Professeur Michel DEBOUT.

<sup>22</sup> Première organisation bénévole regroupant 47 associations régionales qui proposent une écoute 24h/24 aux personnes désespérées.

L'impulsion d'un programme national de prévention du suicide conduit par la Direction Générale de la Santé avec l'appui de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) constitue la première ébauche d'une véritable réflexion au niveau national. Ainsi, la stratégie française d'action face au suicide pour la période 2000-2005 vise à :

- développer le dépistage des risques suicidaires par la formation des professionnels et le renforcement du soutien aux associations d'écoute des personnes en souffrance psychologique ;
- réduire l'accès aux moyens mis en œuvre lors du suicide notamment pour les armes à feu ;
- améliorer la prise en charge, notamment depuis les recommandations de l'ANAES, des personnes hospitalisées après des tentatives de suicide ;
- améliorer les connaissances épidémiologiques.

Le relais a été assuré au niveau régional, suite aux conférences régionales de santé, par la mise en place de Programmes Régionaux de Santé (PRS) dans dix d'entre-elles : Bretagne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Pays de Loire, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes.

La Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé a entrepris une étude sur le suicide et ses modes de prévention dans huit des dix régions précitées. Cette étude vise à fournir des outils d'aide à l'orientation des politiques de prévention.

Par exemple, le Programme Régional de Santé de Franche-Comté de 1998 intitulé « suicide et mal-être chez les jeunes et les personnes âgées » cherche, dans la période 1998-2003, à réduire de 10 % le nombre annuel des tentatives de suicide et de 10 % le nombre de décès par suicide chez les 11-25 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus. Parmi les axes prioritaires, la prévention primaire chez les personnes âgées consiste à prévenir les risques de dépression lors de la cessation d'activité professionnelle, valoriser leurs compétences et lutter contre l'isolement et le repli sur soi. Même si le suicide des personnes âgées semble être une réelle préoccupation, les actions sont avant tout centrées sur les jeunes.

Parallèlement, des groupes de travail relatifs à la prévention du suicide des personnes âgées se sont mis en place, par exemple dans le département des Côtes-d'Armor sous l'impulsion du Docteur Yves Fleury, chef de service de gériatrie au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. La réflexion de ce groupe est guidée par une appréhension globale du phénomène. Son objectif est d'améliorer le fonctionnement en réseau des différents acteurs autour de la personne âgée. Il préconise ainsi d'intervenir auprès des personnes avant leur départ en retraite et de privilégier l'écoute. Le maintien de la personne âgée dans la société est pour ce groupe un axe essentiel de prévention.



La mobilisation des professionnels s'organise aussi autour d'associations. « Psychologie et Vieillesse », par exemple, contribue à appréhender les différents aspects de l'approche psychologique en gérontologie. Cette association anime des groupes de parole pour les aidants naturels et des groupes de travail autour de la maltraitance, du « droit au risque » et prochainement du suicide. Le développement de ce type d'associations atteste de l'importance d'une réflexion autour de la vieillesse.

La tenue d'une conférence de consensus les 19 et 20 octobre 2000, à l'initiative de la Fédération Française de Psychiatrie, s'inscrivait également dans la réflexion autour de la prévention du suicide. Les recommandations formulées à cette occasion visaient à améliorer le repérage et le dépistage de la dépression. A ce titre, la formation des professionnels apparaît fondamentale en matière de prévention.

La mise en place d'une journée nationale de prévention du suicide sous l'égide de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide<sup>23</sup> depuis 1997 témoigne de l'ampleur d'un phénomène longtemps occulté par les pouvoirs publics. Le cinq février de chaque année, des regroupements, colloques, conférences et débats auxquels les médias se sont associés, s'organisent à Paris et en régions. La médiation associative a constitué un préalable fondamental à la stratégie nationale de prévention.

Le phénomène suicidaire est un sujet de préoccupation internationale. Le troisième Congrès Européen des Sciences de l'Homme et des Sociétés (19 et 22 juin 2002 à Paris) a recommandé d'adapter la prévention du suicide aux dimensions culturelles de chaque société et de ne plus la limiter aux aspects médico-sociaux.

#### **3.1.4. Moyens indirects participant à la prévention du suicide des personnes âgées**

Il est impossible de décrire ici l'ensemble des moyens indirects participant à la prévention du suicide chez les personnes âgées tant ils sont nombreux et variés. Nous en avons retenu trois.

L'allocation personnalisée d'autonomie entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002 permet, à domicile et en établissement, de mieux soutenir les personnes dépendantes en répondant de manière adaptée à leurs besoins par la diversité des aides proposées.

La mise en place de Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC) œuvre également dans ce sens en aidant les personnes et leur entourage. Ces

---

<sup>23</sup> L'Association de la « Journée Nationale de Prévention pour le Suicide » est devenue « Union Nationale pour la Prévention du Suicide » en 2000 et fédère 19 associations.

centres contribuent à écouter, informer, conseiller et orienter les personnes qui les sollicitent sur le maintien à domicile, l'accès aux soins, les aides financières... Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une politique gérontologique de proximité en apportant un soutien aux services déjà existants notamment les Centres Communaux d'Action Sociale, les associations...

En outre, les pouvoirs publics réfléchissent actuellement à la mise en place d'un Institut national du vieillissement en vue notamment de développer des politiques intergénérationnelles.

Il demeure cependant que l'efficacité des mesures de prévention est mal connue : peu d'actions ont été évaluées et leur impact reste de toute façon difficilement mesurable.

Les programmes de prévention ne se focalisent pas assez sur les personnes à risque et touchent une population trop large.

D'autre part, les actions portent souvent sur des facteurs de risque trop spécifiques sans s'inscrire dans une approche globale.

## **3.2. Axes de prévention et recommandations**

### **3.2.1. Ethique et objectifs**

Le suicide, seul problème philosophique important d'après Albert Camus, est-il réellement l'expression d'un choix ?

Le Docteur Eudier, praticien hospitalier au CHU de Rennes, comme beaucoup de psychiatres, pense que tout suicide est pathologique, tant est fort l'instinct de vie. Mais il pose lui-même les limites à une telle affirmation : « que penser du suicide des résistants se donnant la mort pour échapper à la torture et à la dénonciation de leurs camarades ? ». Que penser, par extension, du suicide de la personne en fin de vie qui décide de mourir pour ne plus souffrir, de la personne qui sait qu'elle va souffrir et que la peur amène au suicide ? Comment juger de la pertinence et de la véracité d'un tel choix ? Ces questions trouvent difficilement des réponses brèves et générales.

Le respect du choix de l'individu est le principe éthique qui doit guider les actions à mener. La prévention du suicide doit avoir pour objectif de faire disparaître les déterminants d'un faux choix. Ceux-ci peuvent être définis par leur aspect transitoire, leur disparition étant concomitante à celle de la volonté de suicide. La prévention doit donc s'attacher à restaurer l'individu dans sa capacité de choix et non pas à éradiquer le suicide. Ce dernier objectif

pourrait engendrer des mesures contre-productives : barreaux aux fenêtres, institutionnalisation et médicalisation à outrance... Dans une volonté de réduire à tout prix les chiffres de suicide on ne ferait qu'augmenter la solitude et piétiner le respect dû aux individus. De telles mesures diminueraient peut être l'incidence des suicides et des tentatives de suicide, elles augmenteraient sûrement la solitude, le rejet de la vie, les syndromes de glissement et les autres équivalents suicidaires.

### **3.2.2. Actions mécaniques**

En situation courante, les actions mécaniques visant à éviter les suicides semblent avoir une efficacité limitée, exception faite des mesures rendant les armes à feu indisponibles (ou au moins difficilement disponibles). Toutefois, en cas de crise, hospitalisation pour dépression aiguë, par exemple, de telles mesures peuvent être efficaces. Elles doivent être complétées par la surveillance des personnes à risque pendant ces périodes de crise et ne doivent pas être instaurées à long terme.

### **3.2.3. Prévention de type médical**

Cette prévention vise à repérer et à traiter les facteurs de risque, elle exige aussi que les professionnels de santé travaillent en réseau.

#### **➤ Agir sur les facteurs de risque. Pour cela, nous recommandons de :**

- s'assurer que les hospitalisations soient les plus courtes possibles car celles-ci conduisent à des phénomènes de rupture et des pertes de repères ;
- dépister et traiter les déficits et troubles sensoriels ainsi que les handicaps, facteurs d'isolement. Dans ce sens, des consultations à visée préventive et une meilleure accessibilité aux traitements pourraient être proposées ;
- dépister et traiter au plus tôt les dépressions : celles-ci étant souvent méconnues et difficiles à diagnostiquer, il convient de sensibiliser et former l'ensemble des intervenants à domicile et en institution à l'identification des signes de l'état dépressif.

#### **➤ Favoriser le travail en réseau**

La mise en place d'un réseau permettra un échange d'informations entre les professionnels et donc l'identification des personnes à risque. Ce travail en réseau peut passer notamment :

- par une meilleure transmission des dossiers médicaux entre acteurs et institutions ;
- par la désignation d'un référent assurant le suivi des personnes à risque à domicile et en institution.

### 3.2.4. Prévention de type social et environnemental

Trois recommandations nous ont paru essentielles :

#### ➤ La restauration de l'image de soi

La restauration de l'image de la personne âgée passe tout d'abord par son respect. Elle doit être reconnue comme un adulte exerçant des choix. A ce titre, son autonomie dans les gestes du quotidien doit être préservée au maximum de ses capacités. Sauf nécessité, les aidants naturels et les professionnels doivent veiller à ne pas se substituer à elle.

#### ➤ La prévention de l'isolement. Il s'agit de créer du lien en :

- suscitant la poursuite d'activités sociales pour que la personne âgée reste ouverte sur le monde et se sente utile (clubs du troisième âge, vie associative, échanges intergénérationnels). Il s'agit de veiller à ce qu'elle conserve une vie citoyenne ;
- développant les systèmes de téléphonie sociale : écoute 24h/24, appels réguliers au domicile de la personne<sup>24</sup>, généralisation des services de télé-alarme ;
- développant des lieux d'écoute pour la personne âgée : reconnaissance du rôle des psychologues, formation des personnels à l'écoute ;
- mettant en place des ateliers relais mobiles en milieu rural où l'isolement est plus prononcé pour éviter le repli sur soi.

#### ➤ L'aide au travail de vieillir

Un soutien continu à la personne dans le déroulement de son travail de vieillir en :

- développant et sensibilisant les actifs à des stages de préparation à la retraite ;
- favorisant le maintien d'activités pour prévenir le risque de dépression au moment du passage à la retraite : vie associative, tutorat scolaire et professionnel...
- préparant le passage entre le troisième et le quatrième âge.

### 3.2.5. Domicile et institutions : spécificités

La prévention du suicide chez la personne âgée présente des spécificités selon son lieu d'habitation : domicile ou institution.

#### 3.2.5.1. Domicile

La politique de maintien des personnes âgées à domicile favorise l'autonomie et permet d'éviter ou de retarder la rupture provoquée par l'entrée en institution. Elle doit être

---

<sup>24</sup> L'étude DE LEO et al. a montré l'efficacité dans la prévention du suicide d'un service de suivi téléphonique à domicile auprès de 12.135 personnes âgées dans la région de Venise.

encouragée tant qu'elle répond au désir de la personne âgée. Les risques encourus doivent être appréciés, partagés et acceptés. L'amélioration de l'habitat et le développement de la domotique, la généralisation des « chèques domicile-liberté » pourraient faciliter ce maintien.

La coordination des différents acteurs est une garantie de cohérence et de synergie des soins. Le passage de l'information entre les soignants permet d'avoir une vision globale de la personne et donne un sens à des signes qui, pris isolément, n'ont pas ou peu de signification. Le médecin généraliste, par son rôle pivot, semble être le mieux placé pour assurer ce rôle de coordinateur mais il est évident qu'il doit avant tout être joué par quelqu'un de motivé. Ce travail en équipe doit être reconnu et soutenu financièrement. Il peut difficilement être formalisé, la composition des équipes changeant avec chaque patient.

La constitution de réseaux doit faciliter ce processus et permettre la création d'outils pour tous les acteurs. De plus, elle permet de créer une liaison avec les institutions afin d'écourter les hospitalisations, de préparer le départ en maison de retraite...

### **3.2.5.2. Institutions**

Les institutions doivent promouvoir un véritable projet de vie pour chaque résident. Réalisé avec le résident et/ou sa famille, ce travail collectif doit être formalisé. Le projet d'établissement est particulièrement important, notamment en ce qui concerne le respect de la personne âgée et la qualité de vie du résident :

- une politique d'accueil afin d'atténuer la rupture lors de l'entrée : nomination d'un soignant référent, déplacement d'une équipe au domicile, pré-visite de l'établissement, connaissance de l'histoire de la personne et de ses habitudes de vie, développement de l'accueil temporaire préalablement à l'entrée définitive...
- le respect des rythmes de vie (individualisation de la prise en charge) ;
- une politique d'animation et d'activités ambitieuse permettant de créer une convivialité tout en renforçant chez la personne âgée le sentiment d'utilité ;  
« l'animation est un soin et le soin une animation »<sup>25</sup>
- une place accrue et coordonnée pour les familles, les associations et les bénévoles dans la vie de l'établissement ;
- une architecture privilégiant des lieux de vie à taille humaine et ouverts autant que possible sur la cité ;

---

<sup>25</sup> Docteur Yves FLEURY, chef de service de gériatrie au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, entretien du 5 septembre 2002

Ces mesures supposent bien souvent une adaptation ou un assouplissement de certaines normes de sécurité et d'hygiène – actuellement appliquées indistinctement aux lieux de soins comme aux lieux de vie – permettant de redonner de la convivialité à ces derniers.

### **3.2.6. Formation et soutien**

Certains estiment encore que travailler auprès des personnes âgées ne requiert pas de compétences ou de qualifications particulières mais seulement de la bonne volonté. Cela ne suffit pas. La prise en charge gériatrique, par ses spécificités, nécessite de développer la professionnalisation des acteurs tant à domicile qu'en institution.

#### **➤ Formation initiale**

Elle concerne toutes les professions et doit permettre l'apprentissage de la relation avec les personnes âgées à tous les niveaux (psycho-sociale, sciences humaines, éthique...).

Elle doit développer les spécificités de l'approche gériatrique dans les formations tant médicales que paramédicales.

#### **➤ Formation continue**

Essentielle aux yeux de la plupart des acteurs, elle doit viser à améliorer la qualité de la prise en charge sur des thèmes spécifiques comme la dépendance, la communication verbale et non verbale, la formation à l'écoute, l'accompagnement en fin de vie, la prise en charge de douleur... Elle doit s'inscrire dans le projet d'établissement et susciter chez les professionnels une réflexion sur leur propre vieillissement et leur mort, pour mieux appréhender celle du sujet âgé. Il semble indispensable que les personnes formées puissent à leur tour former les autres soignants.

Les limites de ces actions résident dans les moyens alloués et dans les capacités des institutions à dégager des financements permettant l'accès à ces formations et des dotations suffisantes en personnel, notamment pour remplacer les personnes en formation.

Certaines de ces formations doivent être organisées pour des équipes pluridisciplinaires, permettant ainsi une meilleure compréhension et une meilleure coopération.

#### **➤ Soutien des soignants et des aidants naturels**

La création d'espaces de parole, la présentation du travail réalisé par les équipes dans des congrès ou des articles, la formation des aidants naturels sont autant d'éléments de valorisation et de soutien des différents acteurs qu'il nous paraît essentiel de développer.

### 3.2.7. Evaluation et recherche

Les phénomènes concernant le suicide et en particulier le suicide de la personne âgée sont mal connus. La surveillance épidémiologique des suicides, l'étude de leurs déterminants et de leurs facteurs de risque (niveaux socio-économiques, chômage, habitat rural ou urbain...) doivent permettre de mieux appréhender ce phénomène et de mieux préciser les contours des politiques de prévention. Ces observations doivent être accompagnées par des études qualitatives, en particulier auprès des personnes âgées elles-mêmes, et par l'évaluation des programmes mis en place.

## CONCLUSION

Comparé aux autres causes de mortalité et de morbidité, le suicide des personnes âgées peut facilement apparaître comme un problème de second plan. Pourtant, au regard des taux de décès par suicide, ce phénomène est loin d'être négligeable. Au delà des chiffres, le bouleversement de l'entourage qu'il induit et l'image de détresse d'une génération qu'il nous renvoie le font apparaître comme une réelle priorité.

On peut craindre que le vieillissement de la population nous confronte de plus en plus à cette situation. Elle pourrait être aggravée par la perte d'autonomie du grand âge et l'image péjorative d'une vieillesse de plus en plus inadaptée dans un monde de plus en plus rapide. Les incertitudes quant aux revenus des personnes âgées pourraient renforcer ce phénomène.

Ces actes doivent être prévenus. Leur prévention concerne de nombreux aspects, elle ne peut être réalisée que par des équipes pluridisciplinaires coordonnées. Le dépistage, le traitement des dépressions, des déficits sensoriels, l'amélioration de l'accueil dans les institutions, l'accès à un appel téléphonique de détresse apparaissent bien sûr comme des éléments très importants parmi les axes « techniques » de prévention. Mais c'est l'amélioration du quotidien et la valorisation de l'image de soi qui pourront le mieux répondre en profondeur à cette détresse. La rupture de la solitude, l'accès aux soins au sens large, le respect et le maintien de l'autonomie, l'écoute sont autant d'actions qui donneront un goût à la vie.

Il nous faut ici souligner que la prévention du suicide des personnes âgées possède ses propres dangers. La focalisation sur le suicide et les mesures à prendre pour l'éviter peuvent

facilement faire perdre de vue les véritables raisons de ce phénomène. On confondrait alors les causes et les conséquences ; il ne faut pas oublier que le suicide est un indicateur.

A l'inverse, si le suicide est vu et abordé comme un révélateur de la détresse de nombreuses personnes âgées, alors les politiques de prévention seront réellement globales et permettront de traiter les racines de ce phénomène. Cette prévention ne pourra aboutir sans moyens, notamment humains, et sans une réelle volonté politique des pouvoirs publics.

Gardons enfin à l'esprit que les politiques de prévention du suicide des personnes âgées doivent avoir pour objectif de faire disparaître les déterminants d'un faux choix. Elles doivent viser à restaurer l'individu dans sa capacité de choix.



# BIBLIOGRAPHIE

## ➤ ARTICLES

- ANDRIAN J., « Suicide des personnes âgées », *Gérontologie et société*, 1999, n°90
- BLOND J.-P., « Longévité et vieillissement », *Techniques Hospitalières*, avril 2002
- DAVIDSON F., COURTECUISSÉ N., TALEGHANI N., « Recherches sur le suicide des personnes âgées », *Gérontologie*, n°14, 1974
- DEBOUT M., FAICT T. « Le suicide des personnes âgées », *La santé de l'homme*, n°359, mai-juin 2002
- DE LEO DIEGO G. et al., in *Am J Psychiatry*, 4 avril 1995
- FERRY G., « Renoncement à la vie. Suicides et tentatives », *Soins Gérontologie*, 1997, n°6
- FOISSY D., « L'Association de gérontologie du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris, un précurseur de la coordination et de la prévention », *Techniques Hospitalières*, n°665, avril 2002
- GIRE P., « Vouloir vivre, vouloir mourir », *Cultures en mouvement*, n° 44, février 2002
- HAZIF-THOMAS C., CHANTOIN S., THOMAS PH., « La crise suicidaire du sujet âgé », *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, février 2001
- LEGER J.M., TESSIER J.F., THERME J.F., « Le suicide du sujet âgé », *Revue pratique*, 37,1987
- MAISONDIEU J.-M., « La démence existe-t-elle ? », *Psychiatrie Française*, 1982, Vol. 13, n°5, pp 35-45
- NGUYEN C., « Risque suicidaire et prévention chez le sujet âgé », *Soins*, n°621, décembre 1997
- QUADERI A., « Difficultés et paradoxes de l'action préventive en institution gérontologique », *Le journal des psychologues*, septembre 2000, n°180
- RABORD M., TERRA J.L., « Repérer et prendre en charge des personnes en crise suicidaire », *La santé de l'homme*, n°359, mai-juin 2002.
- SAGNE A., « Folie sécuritaire et évaluation du risque en institution », *Soins Gérontologie*, n°29, juin 2001
- SALOME N., LEGER J.-M., THERME J. -F., « Les tentatives de suicide du sujet âgé : devenir à un an », *La revue de gériatrie*, tome 23, n°10, décembre 1998
- THOMAS J., « La crise suicidaire », *Soins Gérontologie*, n°29, juin 2001
- THOMAS J., « Les facteurs de risque de vulnérabilité chez le sujet âgé », *Soins Gérontologie*, n°29, juin 2001
- THOMAS J., « Stratégies préventives des conduites suicidaires », *Soins Gérontologie*, n°29, juin 2001
- TRIDON M., « Le soignant et le suicide de la personne âgée », *Soins Gérontologie*, n°29, juin 2001
- VAN AMERONGEN P., « La vieillesse et le suicide. Symbiose », *Nouvelle Revue de Santé*, n°10, novembre 1979
- VEDRINE J., « Le suicide : histoire du tabou », *Cultures en mouvement*, n°44, février 2002
- WEBER D., « Des soins aux hospitalisés », *Cultures en mouvement*, n°44, février 2002

## ➤ OUVRAGES

- AMYOT J.-J., *Guide de l'action gériatrique*, Dunod, 1997
- DEBOUT M., *La France du suicide*, Stock, 2002
- DEBOUT M., *Le suicide*, Ellipses, 1996
- DAVIDSON F., PHILIPPE A., *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique*, INSERM, 1986
- DURKHEIM E., *Le suicide*, PUF, 1976
- DREES, *Suicide et tentatives de suicide en France*, avril 2001

## ➤ TEXTES MINISTERIELS

**Circulaire DGS-SD4B-SD6C n°2002-43 du 25 janvier 2002** relative à l'organisation d'une journée nationale des programmations régionales de santé : de la prévention du suicide vers une approche globale de la prévention du suicide

**Circulaire DGS-SD6D n°2002-100 du 19 février 2002** relative aux programmes d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS)

**Circulaire DGS-SD6C n°2002-271 du 29 avril 2002** relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2002-2005 : actions prioritaires pour 2002

## ➤ AUTRES DOCUMENTS

Colloque Citoyennage 2000 « *Quelle place pour la personne âgée dans la société d'aujourd'hui ? Le point de vue de résidents d'établissements d'Ile-de-France* »

Compte-rendu du comité de pilotage « *Réseau de solidarité en Côtes-d'Armor* », 10 septembre 2001

Conférence de consensus « *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* », Fédération Française de Psychiatrie, avec l'aide méthodologique de l'ANAES et le soutien de la Direction Générale de la Santé, 2 novembre 2000

« *Détresse morale et risque suicidaire* », plaquette réalisée avec le soutien du Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Informations Sanitaires et le concours de la Fédération de L'A.D.M.R. du Morbihan

Dossier Personnes âgées « *Longévité et vieillissement* », *Techniques Hospitalières*, n° 665 avril 2002

Plan gouvernemental de santé mentale « *L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover* », rendu public le 14 novembre 2001

Programme Régional de Santé de Franche Comté 2001-2005

Programme Régional de Santé de Bretagne 2001-2005

PREMUTAM (CNAMTS, Mutualité Française), « *Prévention des suicides et tentatives de suicides, état des lieux 1995-1997* », mars 1998

# ANNEXES

## Annexe 1 : Compte-rendu de l'intervention du Professeur DEBOUT

### Exposé du Professeur Michel Debout

*Professeur de médecine légale et ancien chef du service des urgences psychiatriques  
CHU de Saint Etienne*

Vendredi 6 septembre 2002

**Thème : La prévention du suicide**

#### **1) Lien entre médecine légale et suicide**

La médecine légale s'intéresse plus particulièrement aux morts violentes. Parmi celles-ci, le suicide représente une mort sur deux. Le médecin légiste est donc régulièrement confronté dans le cadre de son exercice à la problématique du suicide tant dans sa dimension sociale que culturelle. Il peut être amené à jouer un rôle très important auprès des familles en leur apportant certaines réponses aux interrogations qu'elles peuvent avoir.

#### **2) Urgences et suicide**

Le psychiatre des urgences est lui confronté essentiellement aux tentatives de suicide. Ce terme a encore aujourd'hui une connotation péjorative au sein de la société. Durant une longue période, cet acte ne fût pas pris au sérieux par certains professionnels ; aujourd'hui la prise en charge des tentatives de suicide tend à s'améliorer.

#### **3) Approche du suicide en qualité de membre du Conseil Economique et Social**

En temps que membre de la section sociale du Conseil Economique et Social, le Professeur Debout a proposé qu'une réflexion de fond soit menée autour de la problématique du suicide. En effet ce thème n'avait jamais été abordé par cette instance jusqu'en 1992. Cette étude qui a duré de janvier à juillet 1993 a été à l'origine de la rédaction du premier texte officiel sur ce sujet. Ce document s'est attaché à montrer qu'au-delà de la dimension personnelle ou philosophique, le suicide était avant tout un problème de santé publique dont il fallait s'occuper.

Dans un premier temps c'est le milieu associatif qui s'est emparé du problème et qui a organisé en 1997 la première journée consacrée au problème du suicide sur le thème : « briser le silence ». Par la suite, les journées nationales ont permis d'améliorer la sensibilisation des professionnels et du public. Aujourd'hui, l'Union Nationale de Prévention du Suicide permet de veiller à la mise en œuvre des politiques de prévention développées par les pouvoirs publics.

Une approche internationale du problème permettrait une meilleure connaissance de ce phénomène et de ses causes. Ceci est cependant rendu très difficile car les recueils de données sont différents d'un pays à l'autre.

L'approche micro régionale paraît plus pertinente, notamment à travers le bassin de vie qui renvoie à une histoire et une culture commune.

#### **4) Le suicide et la personne âgée : un constat**

Le suicide des personnes âgées est un sujet qui reste tabou, et que la société, tout comme les pouvoirs publics, préfèrent ignorer. Il faudra attendre 2002 pour que ce sujet soit abordé pour la première fois de façon significative au cours de la journée nationale de prévention du suicide.

Les données épidémiologiques montrent qu'en taux absolus, plus on vieillit, plus on a de risque de mourir du suicide. Mais lorsque l'on prend des taux relatifs, on remarque que, plus on vieillit, plus le suicide est une cause marginale de décès.

D'autre part les psychologues et les psychiatres ne rencontrant par définition que des suicidants, majoritairement jeunes, disposent de peu d'informations sur le suicide des personnes âgées. En effet, les statistiques montrent que le ratio décès / tentative de suicide est très élevé chez les personnes âgées.

#### **5) Approches sociologique et philosophique**

Dans la société contemporaine, la jeunesse est devenue une valeur qui engendre le rejet des stigmates du vieillissement. De ce fait le vieillissement est souvent assimilé à quelque chose de négatif.

Le suicide de la personne âgée semble moins choquer la société que le suicide des jeunes. Il est souvent associé à l'idée d'un choix personnel lié à l'acceptation ou non de la déchéance physique et psychologique. De plus la société, fait souvent un rapprochement entre le suicide de la personne âgée et l'euthanasie.

Malgré cette approche sociétale, il semble qu'à titre individuel l'acceptation du geste suicidaire ou de l'euthanasie soit beaucoup plus difficile dès lors que cela touche un être cher.

#### **6) Prévention du suicide**

Si le suicide peut être l'expression d'un choix délibéré d'une personne, dans la majorité des cas il exprime une détresse. La société doit donc mettre en œuvre les moyens pour le prévenir. Pour cela il faut pouvoir agir sur les causes qui sont à l'origine de cette détresse.

La prévention revêt à la fois une dimension globale et individuelle. Il s'agit donc de mener des actions sociales coordonnées (favoriser le lien) et d'intervenir auprès des personnes à risque. Pour cela il faut pouvoir définir des critères de risque ce qui ne semble pas facile car ils peuvent être nombreux et anciens.

#### **7) La prévention, notion individuelle**

Des individus ont des pulsions mortifères inscrites dans leur histoire. Chaque individu possède une réalité personnelle différente. Les outils de prévention doivent donc viser à comprendre ces personnes.

La prévention doit intégrer plusieurs dimensions : l'entourage, les professionnels, sans oublier le tissu associatif.

La perte de l'estime de soi entraîne la dépression. Il est donc primordial de travailler sur l'attachement à la vie et l'estime de soi. Les acteurs devront être en mesure d'identifier les signes de détresse.

Si le suicide n'est pas une fatalité, il est difficile de mettre en place des outils de prévention.

Depuis 5 ans les chiffres n'augmentent pas. On peut considérer que tout ce qui a été fait est positif et porte ses fruits.

La parole donnée par la journée nationale sur le suicide à « ceux qui restent » (conjoint, entourage) change leur rapport à la mort et leur permet de sortir du silence coupable. Les survivants sont en risque suicidaire, parler du suicide participe de la prévention.

## **8) La parole**

L'intervention auprès des personnes âgées permet de mieux connaître les facteurs de risque.

## **9) Epidémiologie**

Il existe peu de données sur le suicide de l'adulte et de la personne âgée, et peu de recherches sur les suicidés ont été entreprises. Une étude nationale serait nécessaire. Le budget de la recherche en la matière est quasiment inexistant. En Suède, un institut du suicide de la ville de Stockholm fonctionne avec un universitaire et six chercheurs. 50 personnes interviennent au total... Néanmoins, une thèse fut réalisée au CHU de Saint Etienne. Celle-ci retraça l'histoire médicale de soixante individus suicidants à partir de leur carte de sécurité sociale. En terme de résultats, cette thèse montra que deux hommes mouraient pour une femme, que toutes les femmes présentaient un état psychologique traité. Pour les hommes, deux fois plus nombreux, seule la moitié disposait d'un suivi médical.

Les facteurs de risque : dépression, ruptures, mésestime de soi, sentiment d'abandon, maltraitance ...

La dépression est difficile à diagnostiquer car elle est sur-traitée.

Une proximité existe entre le suicide et le « laisser mourir ».

## **10) Politique de prévention**

Il est difficile de vivre aux côtés d'un suicidant. Et comment continuer à vivre après, en cas de passage à l'acte ? Si ce qui a été réalisé au niveau de la prévention a contribué à sortir le suicide de la honte, il reste énormément d'éléments à connaître et à comprendre.

La prévention de la mort par suicide passe par un traitement psychothérapeutique. Une prise en charge psychopathologique favoriserait le repérage des personnes à risque.

Les équipes mobiles qui peuvent se déplacer à domicile (réseau) s'avèrent un outil de prévention efficace.

A travers le suicide il est nécessaire de porter un regard sur la personne âgée. Créer un lien de solidarité s'avère primordial ici.

## Annexe 2 : Liste des personnes interviewées

<b>M. le Docteur BIENVENU</b>	Médecin généraliste, Saint-Grégoire (35)
<b>Monsieur COULON</b>	Directeur de l'Association d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) 35, Saint-Grégoire
<b>Mme le Docteur COROGUILLET</b>	Médecin psychiatre, CHU de Rennes
<b>M. le Docteur EUDIER</b>	Médecin psychiatre, CHU de Rennes
<b>M. le Docteur FLEURY</b>	Médecin chef de service de gériatrie, CH de Saint-Brieuc (22)
<b>Madame GALLARDON</b>	Directrice de l'antenne de l'Association « SOS Amitié », Rennes
<b>Madame LAUNA</b>	Psychologue, Maison de Retraite Saint-Cyr, Rennes
<b>M. le Docteur LECOQ</b>	Médecin généraliste, Betton (35)
<b>Madame ROJANSKI</b>	Psychologue libérale, Rennes
<b>Madame SIPOS</b>	Directrice de la Maison de Retraite Saint-Cyr, Rennes
<b>Madame TASCAN-MENNETRIER</b>	Adjointe au maire de Rennes, responsable des questions de santé
<b>Monsieur JOUAN</b> , Directeur	
<b>Mme le Docteur CAILLERE</b> Médecin gériatre	Hôpital Local, Bain-de-Bretagne (35)
<b>Monsieur DUVAL</b> , Cadre supérieur de santé	

## **Annexe 3 : Exemples de grilles d'entretien**

### **Grille d'entretien : Directeur d'institution d'accueil pour personnes âgées**

#### **Contexte général**

Quelle est selon vous la place accordée aux personnes âgées dans la société ?

Pensez-vous que cela influe sur les politiques de santé ?

Que pensez-vous de la place accordée à la gérontologie dans la politique de santé ?

Que pensez-vous du développement de nombreuses disciplines (gérontologiques, gérontopsychiatrie...) et de la manière dont elles sont coordonnées ?

#### **Présentation de l'institution**

- Statut / Organisation
- Capacités d'hébergement
- Caractéristiques de l'établissement
- Qualification des professionnels présents
- Trajectoire de vie des résidents avant l'arrivée dans l'institution

#### **Problématique du suicide**

Avez vous été confronté au suicide dans le cadre professionnel ?

Quelles en sont de votre point de vue les causes ?

Quel est le mode de prise en charge au moment du suicide ?

Quelles sont les actions menées à distance auprès des résidents, des familles et du personnel ?

Estimez-vous avoir les moyens nécessaires pour assurer ces prises en charge ?

Avez-vous développé des actions de sensibilisation, de formation en lien avec cette problématique du suicide ?

Comment est assurée la prise en charge pluridisciplinaire et comment s'y inscrit la réflexion autour de la prise en charge du suicide ?

Quelle est votre attitude lorsqu'un résident vous demande de mourir ?

#### **La prévention**

Quelle est la place accordée à la prévention du suicide dans les politiques de santé ?

Quelles propositions feriez-vous :

- Au niveau national ?
- Au niveau de l'institution ?

## **Grille d'entretien : Psychologue**

### **Contexte général**

Quelle est la place accordée aux personnes âgées dans la société ?

Pensez-vous que cela influe sur les politiques de santé ?

Que pensez-vous de la place accordée à la gérontologie dans la politique de santé ?

Que pensez-vous du développement de nombreuses disciplines (gérontologiques, géronto-psychiatrie...) et de la manière dont elles sont coordonnées ?

### **Présentation des activités professionnelles**

Quel est le rôle d'un psychologue ?

Quelle est la place accordée à la gérontologie dans vos études ?

Quel est votre rôle plus spécifique dans la prise en charge des personnes âgées ?

### **Problématique du suicide**

Avez-vous été confronté au suicide dans votre pratique professionnelle ?

Quelles en sont de votre point de vue les causes ?

Quel est le mode de prise en charge au moment du suicide ?

Quelles sont les actions menées à distance auprès des résidents, des familles et du personnel ?

Estimez-vous que le personnel a les moyens nécessaires pour assurer ces prises en charge pour prévenir ces problèmes ?

Avez vous développé des actions de sensibilisation, de formation en lien avec cette problématique du suicide ?

Comment est assurée la prise en charge pluridisciplinaire et comment s'y inscrit la réflexion autour de la prise en charge du suicide ?

Quelle est votre attitude lorsqu'un résident vous demande de mourir ?

### **La prévention**

Quelle est la place accordée à la prévention du suicide dans les politiques de santé ?

Quelles propositions feriez-vous :

- Au niveau national ?
- Au niveau de l'institution ?



## **Annexe 4 : Exemples de comptes-rendus d'entretien**

### **Entretien mené auprès de Madame SIPOS, Directrice de la Maison de Retraite Saint-Cyr, Rennes**

#### **La place de la personne âgée dans la société et les politiques de santé**

Elle n'est pas très bonne. La personne âgée est vécue comme une charge, comme un fardeau.

On a tendance à parler de la personne âgée par rapport à sa dépendance. Il faut développer l'aide aux aidants.

Quand on travaille en institution, la vision est différente, on perçoit les liens entre les résidents et leur famille.

#### **Présentation de l'institution**

Poste de directrice depuis 16 ans.

La maison de retraite accueille 142 résidents, la moyenne d'âge est de 86 ans et le GMP est de 600.

Les résidents sont d'origine urbaine, essentiellement de Rennes. La trajectoire des patients est le domicile et de plus en plus un passage par l'hébergement temporaire.

La réforme de la tarification est en cours depuis décembre 2001.

12 places d'accueil temporaire et 5 places d'accueil de jour pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

« L'idée maîtresse de cette prise en charge, c'est de passer une bonne journée. »

Il n'y a pas de projet de vie. Le travail se situe plus sur le recueil de l'histoire de vie de la personne pour individualiser les prises en charge. Il y a un travail à faire au niveau du personnel pour passer de l'information confidentielle à une information partagée.

Le conseil de famille est extérieur à la maison de retraite.

Il y a un conseil d'établissement qui est précédé d'une réunion des familles 2 à 3 fois par an.

Les réunions avec les familles se déroulent en deux temps, d'abord entre-elles et ensuite en présence de la directrice.

Il y a une réunion par mois avec les résidents qui s'apparente à de l'expression directe.

#### **Problématique du suicide**

Dans la maison de retraite, il y a eu deux personnes qui se sont suicidées et deux personnes qui ont fait une tentative de suicide.

Les causes sont difficiles à identifier : la dépression, l'entrée en institution... ?

Il y a eu, après le dernier suicide, des actions de prévention qui ont été mises en place.

Au moment de l'accueil, en plus du livret, un questionnaire est rempli par les familles pour que soient transmis des signes d'alertes éventuels ou des zones de fragilité...

Pour les personnes atteintes de la maladie d'alzheimer, un temps d'accompagnement lors du coucher est effectué par les soignants, temps qui dépasse le simple temps de la mise au lit.

Il y a des situations passives comme le refus de s'alimenter ou les chutes, souvent lors de l'entrée de la personne dans l'institution.

Les résidents ne font pas de demande d'euthanasie. Leur famille en fait quelquefois la demande. L'euthanasie n'est pas acceptée dans la maison de retraite et il ne faut surtout pas faire véhiculer ce genre de rumeur.

La douleur est bien prise en charge dans la maison de retraite. Il existe des échelles de douleur. Les pompes à morphine sont mises en route dans les derniers instants de la vie.

### **Prise en charge pluridisciplinaire**

L'équipe en place travaille avec l'équipe mobile de soins palliatifs. Une psychologue est présente à 40% ETP. Une convention de partenariat a été signée avec les gériatres qui interviennent dans la maison de retraite. Ces interventions sont importantes pour la prise en charge de la maladie d'alzheimer. Il y a également l'intervention d'un infirmier de secteur en psychiatrie.

La collaboration avec les médecins psychiatres est plus difficile.

Un réseau a été créé avec des centres de gériatrie du CHU et les autres maisons de retraite.

La réflexion ne doit pas être centrée uniquement sur la dépendance mais sur la santé au sens large.

### **La prévention**

La prévention est développée pour les adolescents et les adultes mais peu pour les personnes âgées.

Le problème de la prévention est à apprécier en lien avec la qualité de la vie. En effet, faut-il bloquer toutes les fenêtres pour éviter les défenestrations parce que des personnes se sont suicidées et faire de la maison de retraite un lieu terne ?

Il semble que la thématique de la maltraitance soit plus médiatisée avec des actions de formation qui sont proposées.

Sur Rennes, il y a un groupe de réflexion pluridisciplinaire qui s'est mis en place sur le suicide.

**Entretien mené auprès de Madame LAUNA  
psychologue spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées  
intervenant à la Maison de Retraite Saint-Cyr de Rennes  
et à l'Hôpital Gériatrique de Chantepie (35)**

**Place de la personne âgée dans la société**

La révolution industrielle a modifié le regard porté par la société sur la personne âgée : « la société ne veut pas voir la vieillesse » (développement du concept de productivité).

La perception de la vieillesse dépend de l'âge, de ce que ressent la personne et de son investissement dans la société (développement du concept de « senior »). La personne âgée : « non-âge ». 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>... âge ! Le concept est dépendant de l'âge et de leur investissement dans la société. On parle de senior pour les vieux jeunes ; les mots jouent un rôle dans la société.

La prise de conscience de la vieillesse peut survenir par une « crise d'identité » liée à la mort du conjoint ou à une invalidité provoquée par une fracture du col du fémur. « Les signes extérieurs de vieillesse », exemple : la canne.

La gériatrie est un domaine récent dans lequel les moyens notamment en personnel sont insuffisants. La mise en place des 35 heures a supprimé les temps morts pourtant vitaux pour le personnel. Ainsi, seules deux soignantes assurent le change de nuit des 70 résidents qui deviennent des « objets de soin ». Pour les personnels, on peut transmettre de la chaleur quand on se sent bien.

**Rôle de la psychologue**

La plupart des entretiens ont lieu avec les personnes âgées mais également avec le personnel et les familles.

Elle peut être sollicitée par le résident lui-même, un autre résident, le personnel, le médecin généraliste ou la famille. Elle intervient au moment de l'entrée de la personne en institution, en cas de suspicion de dépression ou lors de la survenue d'un événement douloureux mais aussi en cas de troubles du comportement ou de problèmes de santé (invalidité ou perte de la vue par exemple).

Des réunions avec les résidents bénévoles au sein de la structure permettent de rappeler le nécessaire respect de l'autonomie de chaque résident.

Avant un entretien, la personne est informée des raisons de la venue du psychologue et demeure libre d'accepter cette rencontre.

Dans les hôpitaux psychiatriques, le rôle de la psychologue consiste à effectuer une psychothérapie qui s'intègre dans la prise en charge de soin. Au sein de la structure, elle cherche à apporter un soutien afin de mieux comprendre ce qui se passe.

En outre, auprès du personnel, deux types d'entretiens sont proposés.

D'une part, des réunions d'équipe animées alternativement par l'infirmière coordinatrice et la psychologue permettent d'aborder les thèmes relatifs à l'accompagnement de fin de vie, la mort ou à la gestion des conflits. Des apports théoriques peuvent parfois s'ajouter.

D'autre part, des réunions individuelles à la demande d'un membre du personnel sont organisées lorsqu'il s'agit d'un problème lié directement au travail ou de la famille d'un résident.

Une quarantaine de bénévoles encadrés par un animateur agissent au sein de l'établissement et bénéficient d'une formation continue assurée par la psychologue une

demi-journée par semaine. Des fiches guides leur sont distribuées pour effectuer leurs activités. Les bénévoles complètent le travail des salariés sans empiéter sur celui-ci.

Les familles peuvent être rencontrées à leur demande ou par suggestion des équipes ; sont abordés des problèmes de compréhension.

### **Problématique du suicide**

Certains résidents expriment explicitement leur désir, leur tentation de la mort : « je serais mieux mort ». Les difficultés du passage à la vie en collectivité renvoient des idées négatives de même que les gestes d'automutilation.

Il ne suffit pas d'être dépressif pour se suicider mais la dépression est un facteur de risque du suicide. Ainsi, un résident s'est donné la mort alors qu'il ne présentait aucun signe dépressif.

D'autres facteurs tels que l'isolement, le manque d'amour ou d'intérêt peuvent participer à la volonté de se donner la mort. Par exemple la maladie de Parkinson, très invalidante, est difficile à accepter compte tenu du handicap qu'elle provoque.

En fait, tout dépend de la manière dont la personne a investi sa vie antérieure puisque certaines personnes arrivent, malgré un handicap, à garder des intérêts. Il y a des personnes très dépendantes mais qui ont des ressources et qui dépassent leur handicap.

Les demandes d'euthanasie sont quasi inexistantes. La demande d'euthanasie est une demande d'aide.

Le syndrome de glissement : la personne ne construit pas son laisser aller. A t-elle envie de couler ?

### **La prévention**

La formation est « utile quand les gens ont la fondation pour la recevoir : des bons soignants face à des bons résidents ».

Il faut rendre la personne âgée acteur, par exemple en signalant le bon fonctionnement de son appareil auditif qui lui permet de communiquer avec l'extérieur.

Le regard porté par la société sur les personnes âgées est primordial pour leur valorisation. Le manque d'écoute, de parole, d'attention mais également la perte d'espoir sont déterminants. Il est important d'informer la société sur le nombre des suicides de personnes âgées. La journée nationale du suicide parle assez peu de la personne âgée.

Il faut susciter l'intérêt par le développement de réseaux sociaux autour des gens : visites des familles, activités collectives avec les enfants. Les témoignages des bénévoles de la structure sont également très importants. De plus, l'animation permet également au personnel soignant de valoriser leur travail (esthétique, coiffure).

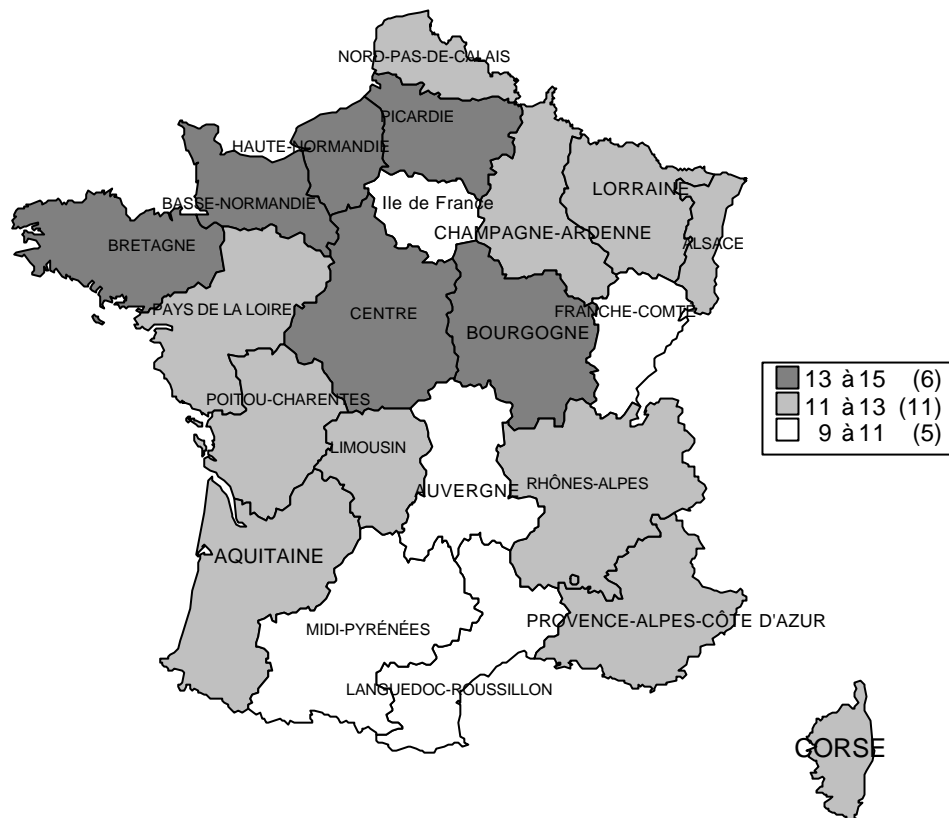
Il s'agit de montrer aux personnes qu'elles ont une utilité sociale.

Dès l'entrée des personnes âgées en institution, l'histoire de vie doit être privilégiée afin de leur permettre de ne pas perdre leurs habitudes et de maintenir leurs liens amicaux.

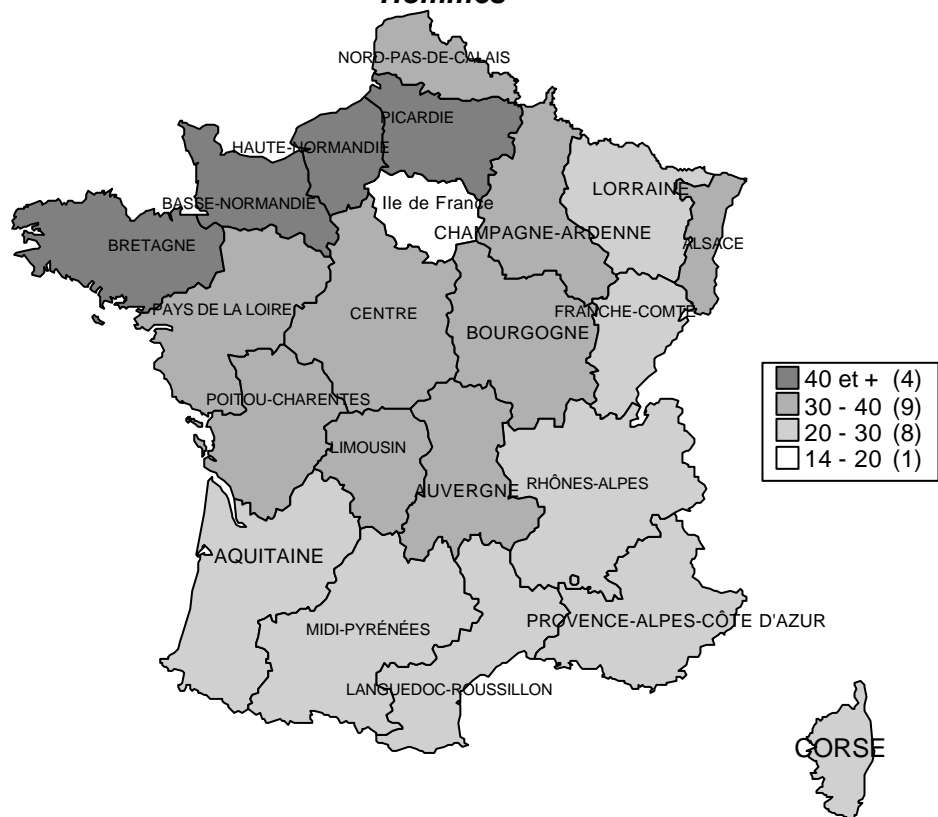
Expérience PAQUID en Aquitaine.

## Annexe 5 : Taux de décès par suicide pour 100.000 habitants. France 1981

### Femmes

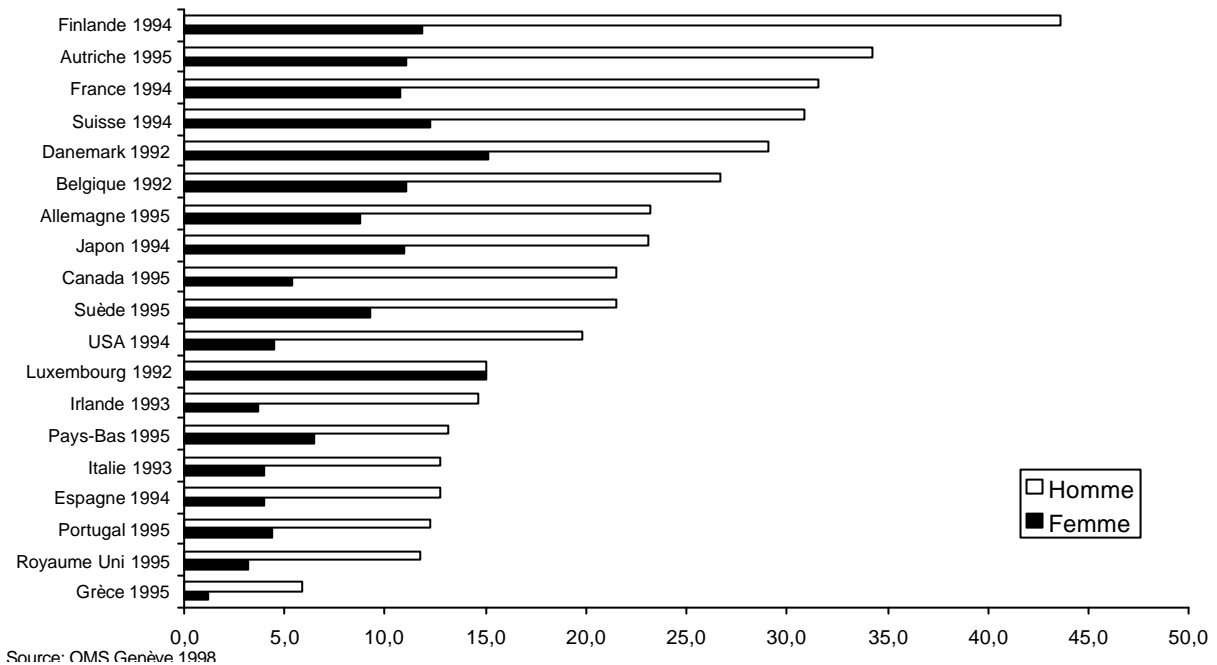


### Hommes

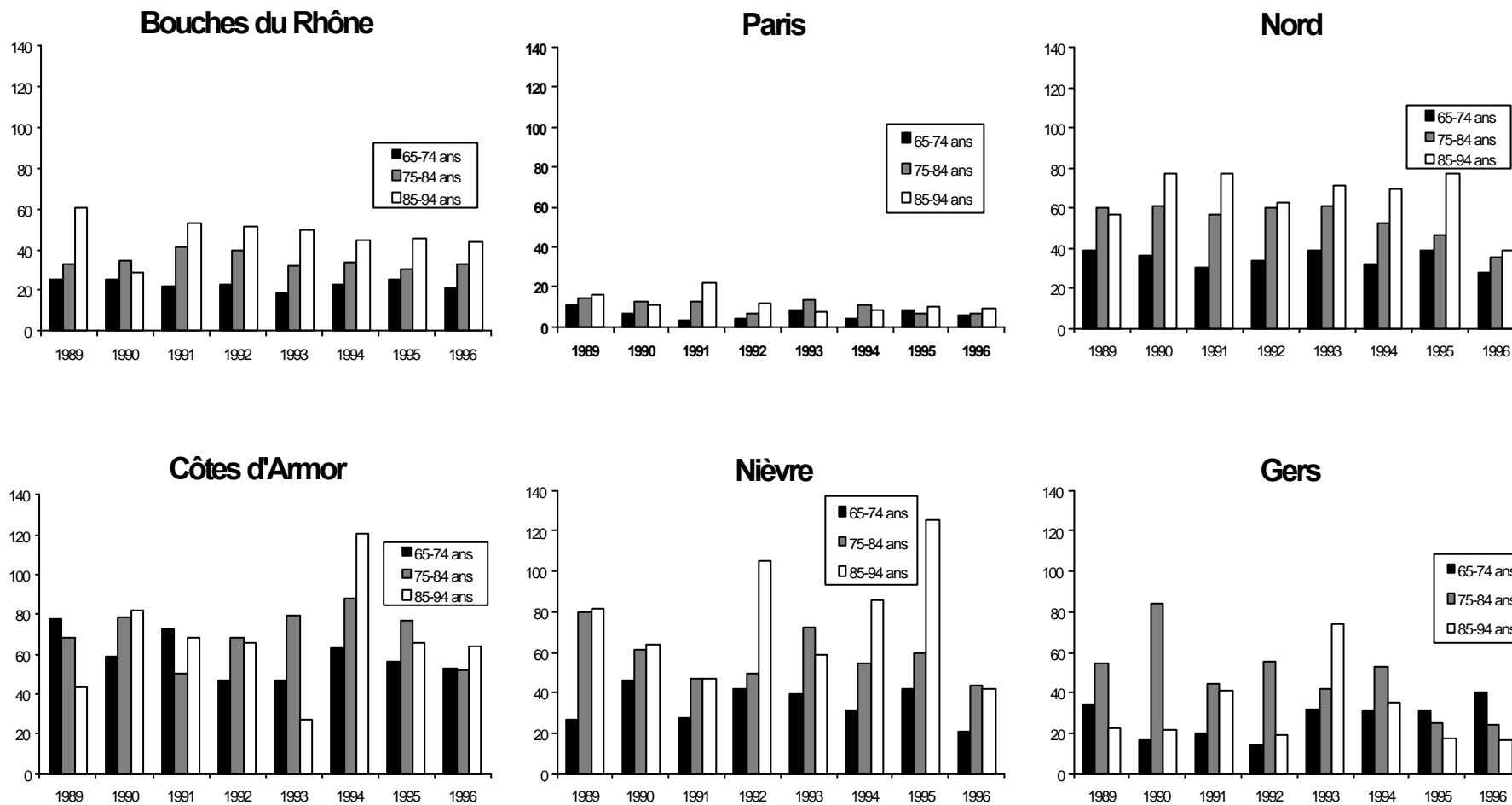


## Annexe 6 : Comparaisons internationales

Comparaison des taux de décès par suicide des plus de 65 ans pour 100 000 habitants dans plusieurs pays (entre 1992 et 1995).



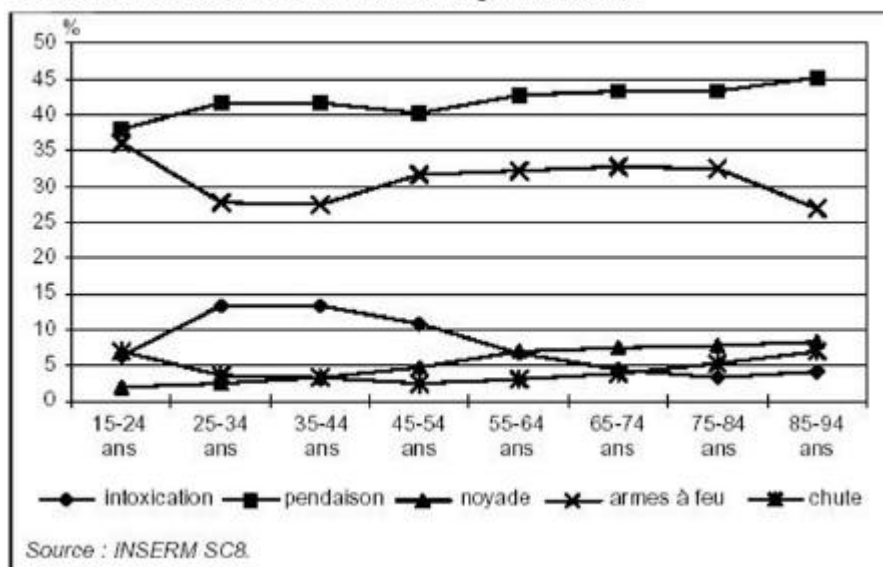
## Annexe 7 : Distribution des taux de décès par suicide des plus de 65 ans pour 100.000 habitants par tranche d'âge dans six départements. 1989-1996



Source : INSERM

## Annexe 8 : Distribution des moyens de suicide par âge et par sexe

Modes de suicide chez les hommes selon l'âge. France. 1997



Modes de suicide chez les femmes selon l'âge. France. 1997

