

# Problématique du suicide de la personne âgée

---

Marsens – 8 avril 2008

Dr Serge ZUMBACH  
Médecin-Adjoint - Responsable du Service de Psychiatrie gériatrique  
Hôpital psychiatrique cantonal - Marsens

# Plan

---

Introduction

Quelques données épidémiologiques

1. Les signes précurseurs
2. Les facteurs de risque
3. Les facteurs protecteurs
4. Aborder dans un entretien la question du suicide
5. Quantifier le risque suicidaire
6. Orientation d'une personne suicidaire
7. Adresses utiles
8. Formation du personnel

# Introduction

---

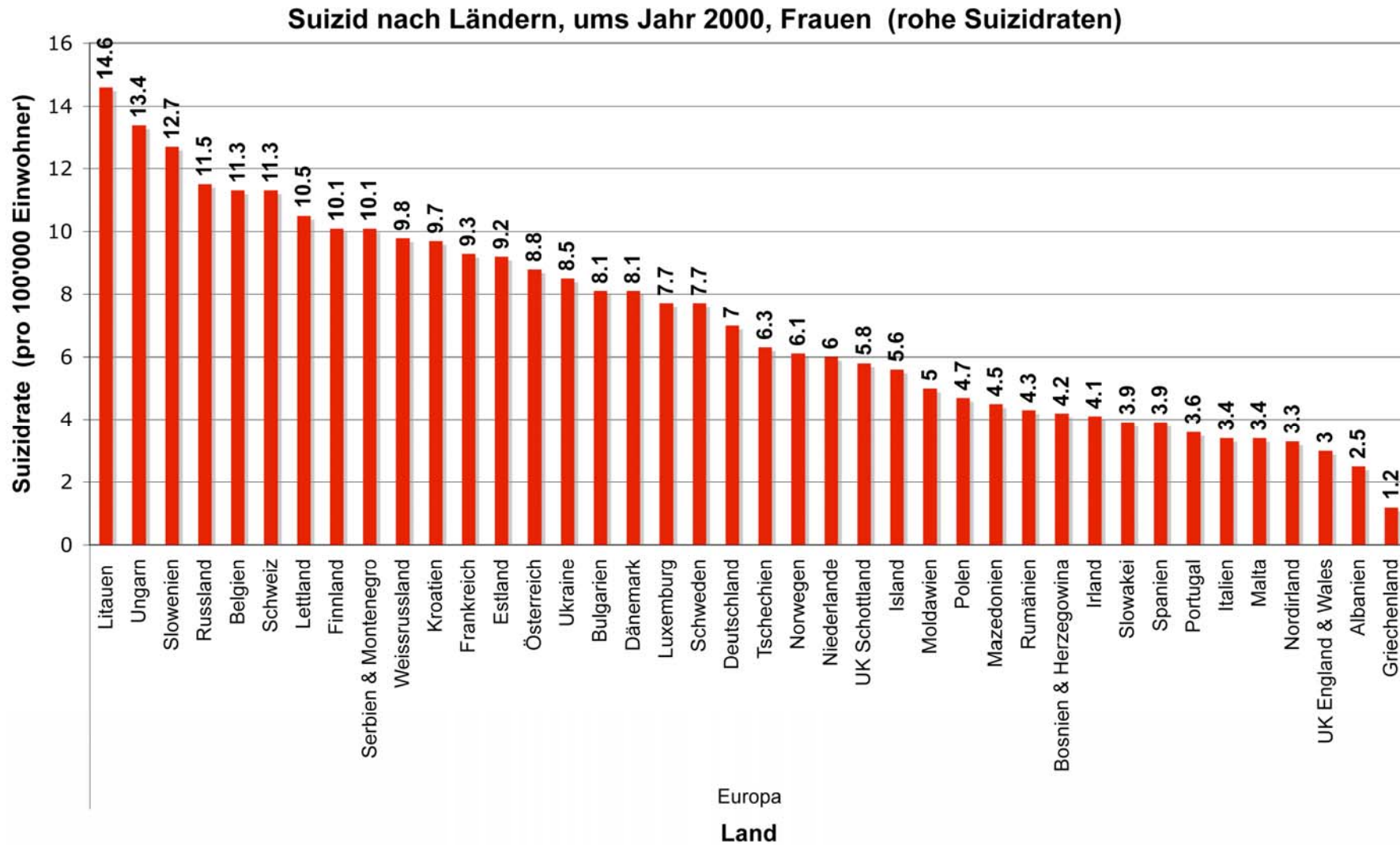
Dans les milieux pratiques, EMS, hôpitaux, soins à domicile, les équipes sont confrontées à la réalité du suicide des personnes âgées. Le décès par suicide est une des trois principales causes de décès de la personne âgée (+ de 60 ans) avec le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Les femmes âgées se suicident le plus souvent par surdosage médicamenteux ou défenestration, alors que les hommes âgés recourent à l'arme à feu ou à la pendaison.

L'orientation des politiques sociales et sanitaires ( ex. messages coût de la personne âgée / suicide des personnes âgées socialement acceptable / mise à la retraite - pré-retraite), peut influencer la pensée suicidaire.

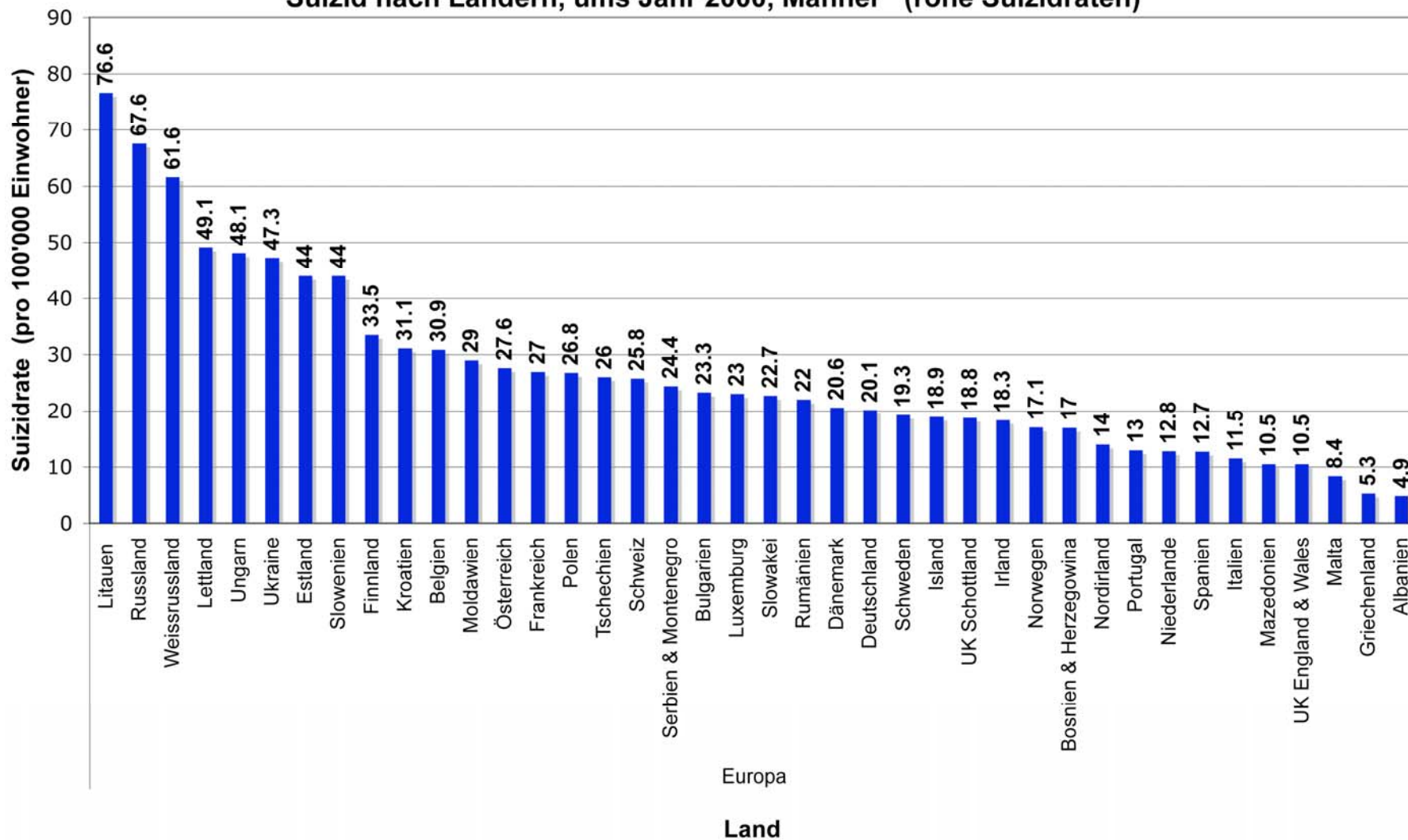
L'influence des médias / imitation ou contagion des comportements suicidaires (ex. actions organisme d'aide au suicide) également.

# Quelques données épidémiologiques



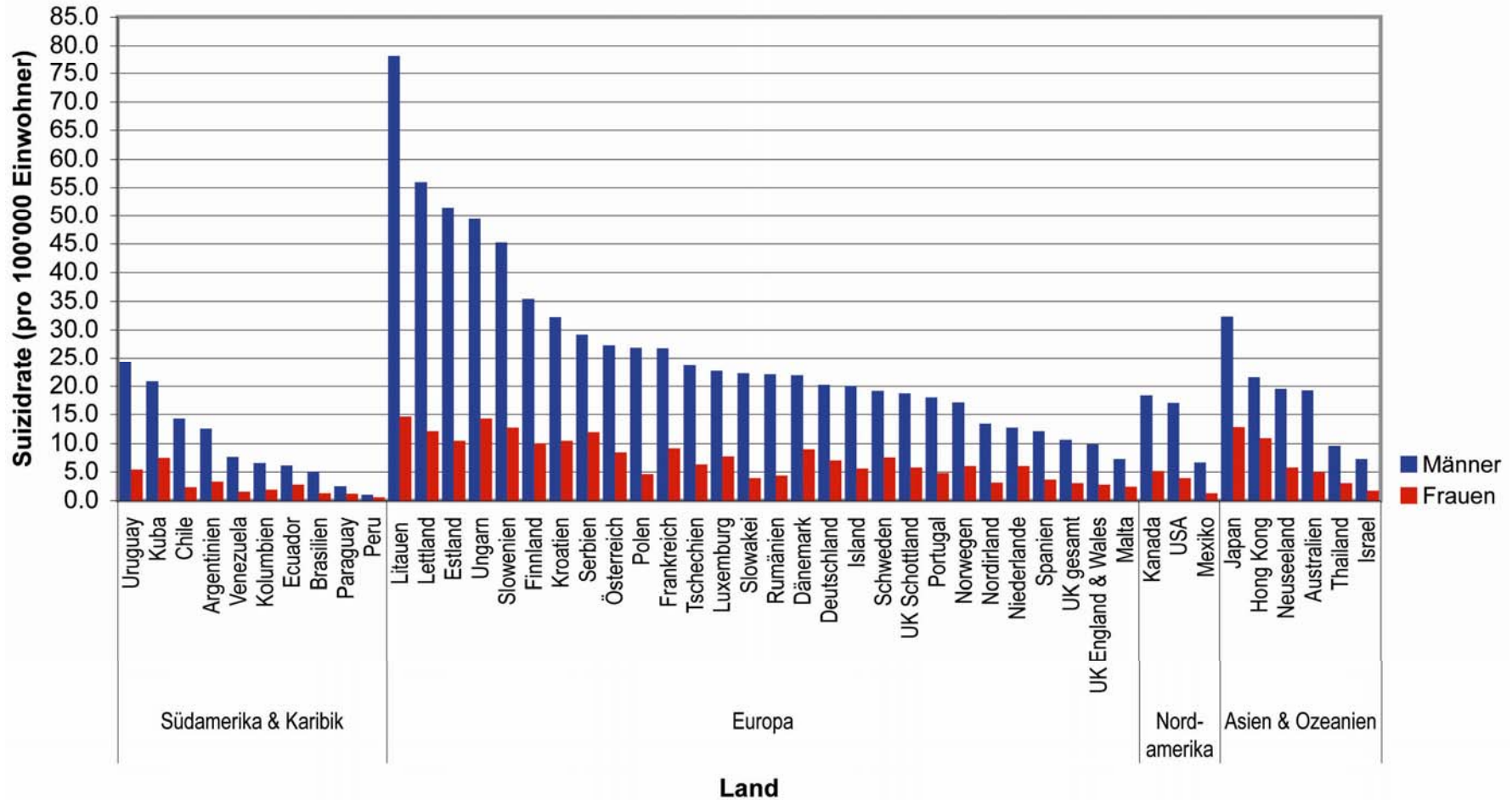
(tirées pour la Suisse de l'OFS, pour l'étranger de l'OMS et mises en forme par le Dr . phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Oberassistent, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie Zürich)

## Suizid nach Ländern, ums Jahr 2000, Männer (rohe Suizidraten)



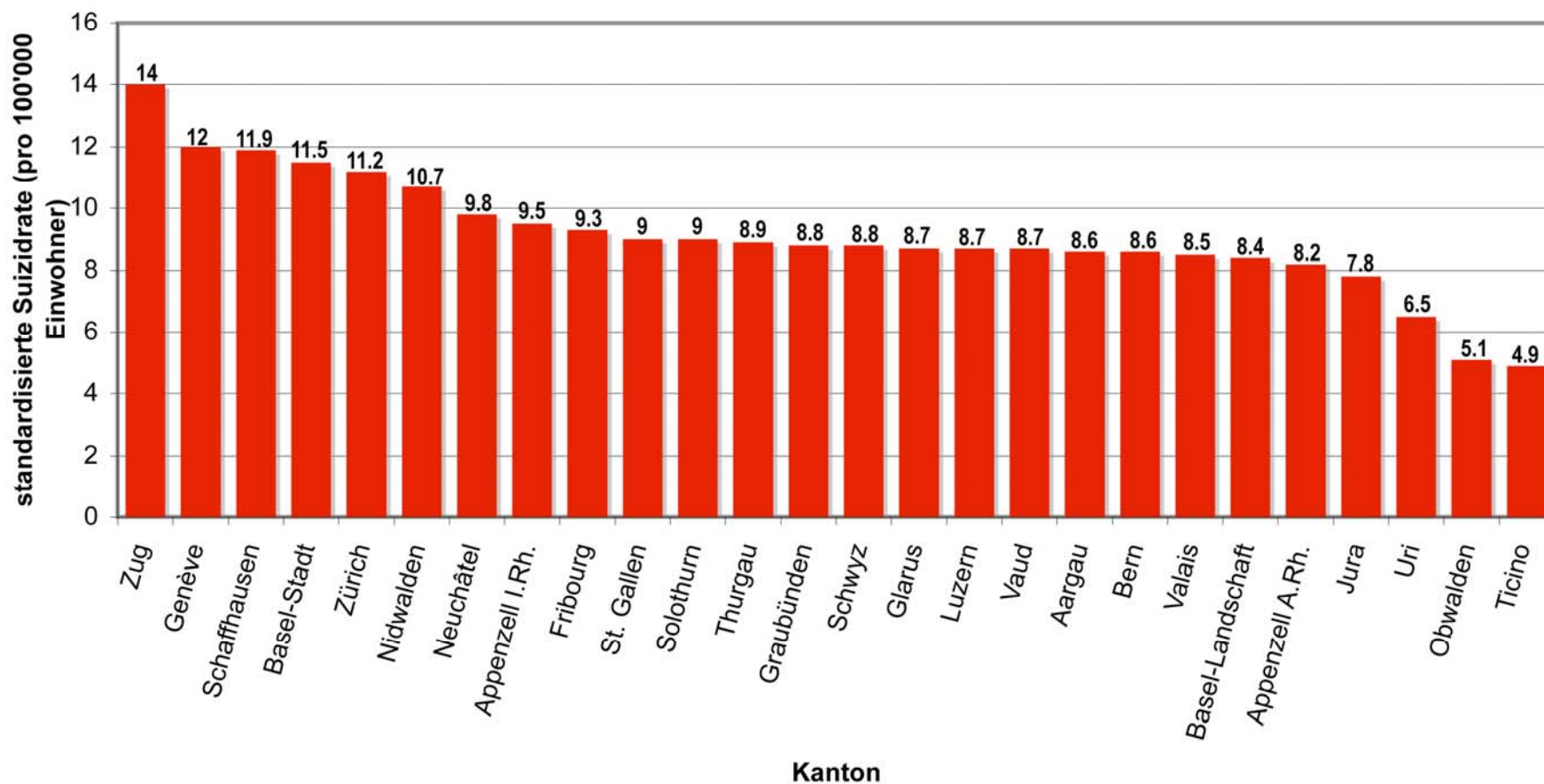
(tirées pour la Suisse de l'OFS, pour l'étranger de l'OMS et mises en forme par le Dr . phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Oberassistent, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie Zürich)

## Suizid nach Länder, ums Jahr 2000



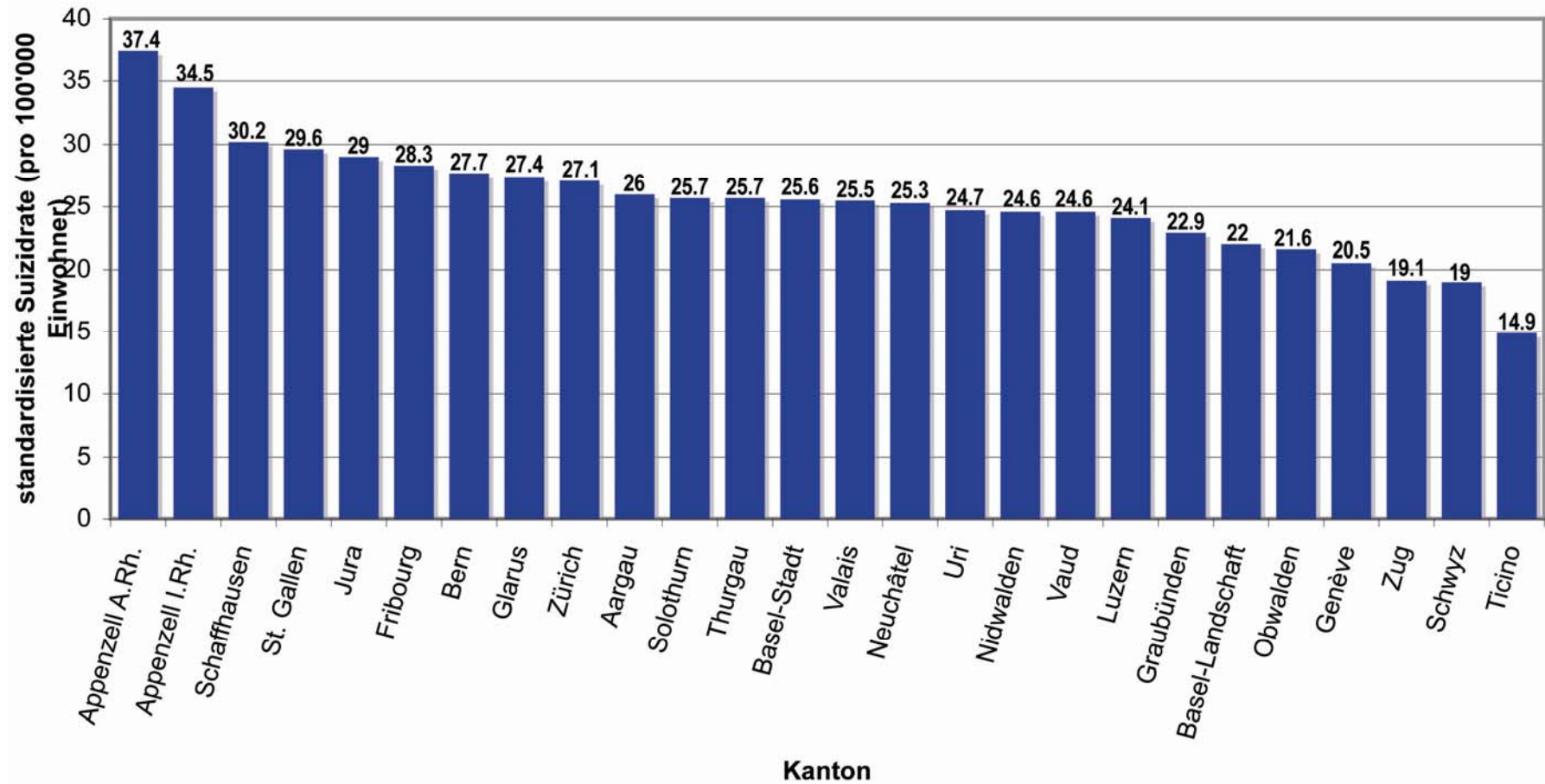
(tirées pour la Suisse de l'OFS, pour l'étranger de l'OMS et mises en forme par le Dr . phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Oberassistent, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie Zürich)

### Suizid nach Kanton, 1995 - 2004, Frauen standardisierte Suizidraten



(tirées pour la Suisse de l'OFS, pour l'étranger de l'OMS et mises en forme par le Dr . phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Oberassistent, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie Zürich)

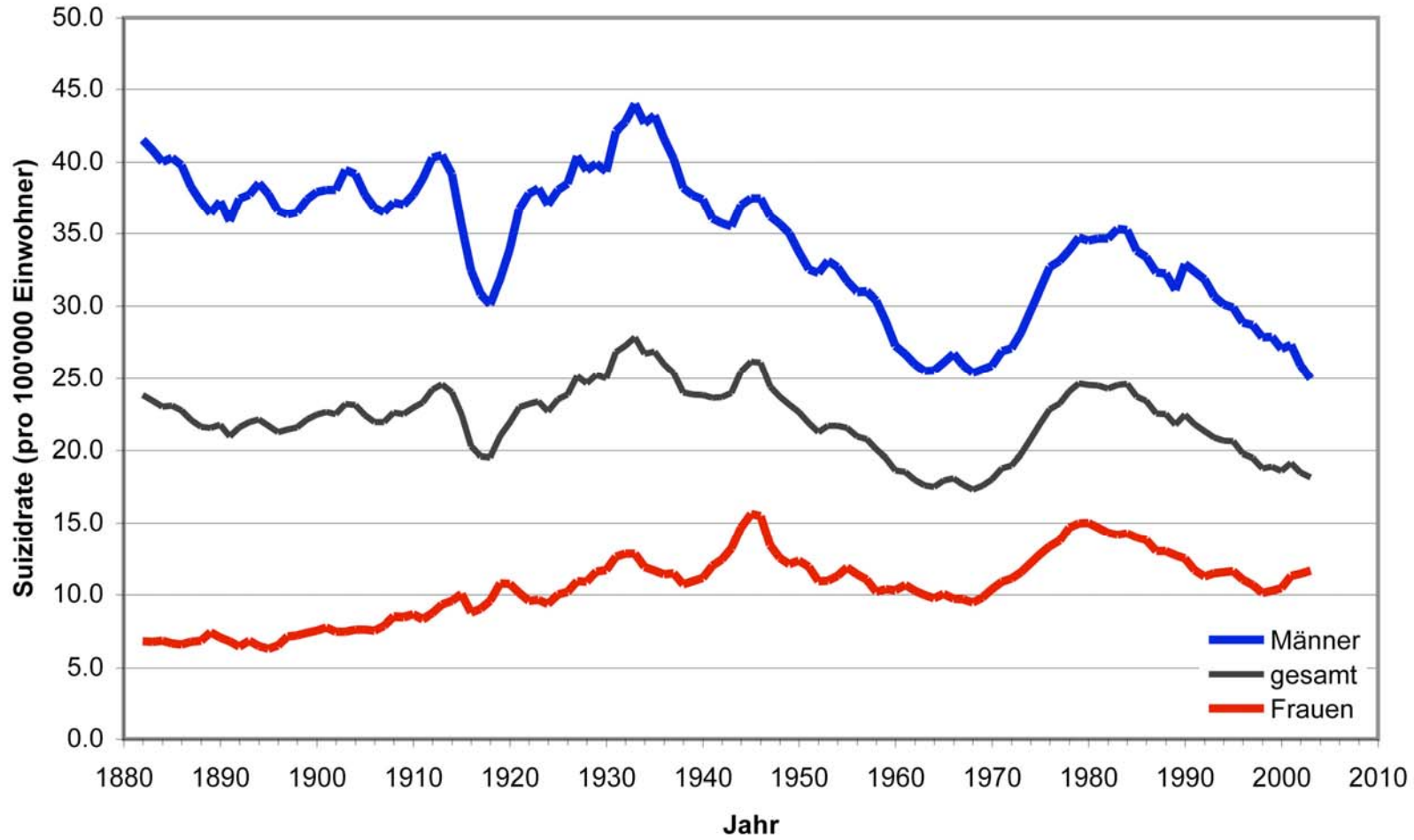
### Suizid nach Kanton, 1995 - 2004, Männer standardisierte Suizidraten



(tirées pour la Suisse de l'OFS, pour l'étranger de l'OMS et mises en forme par le Dr . phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Oberassistent, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie Zürich)

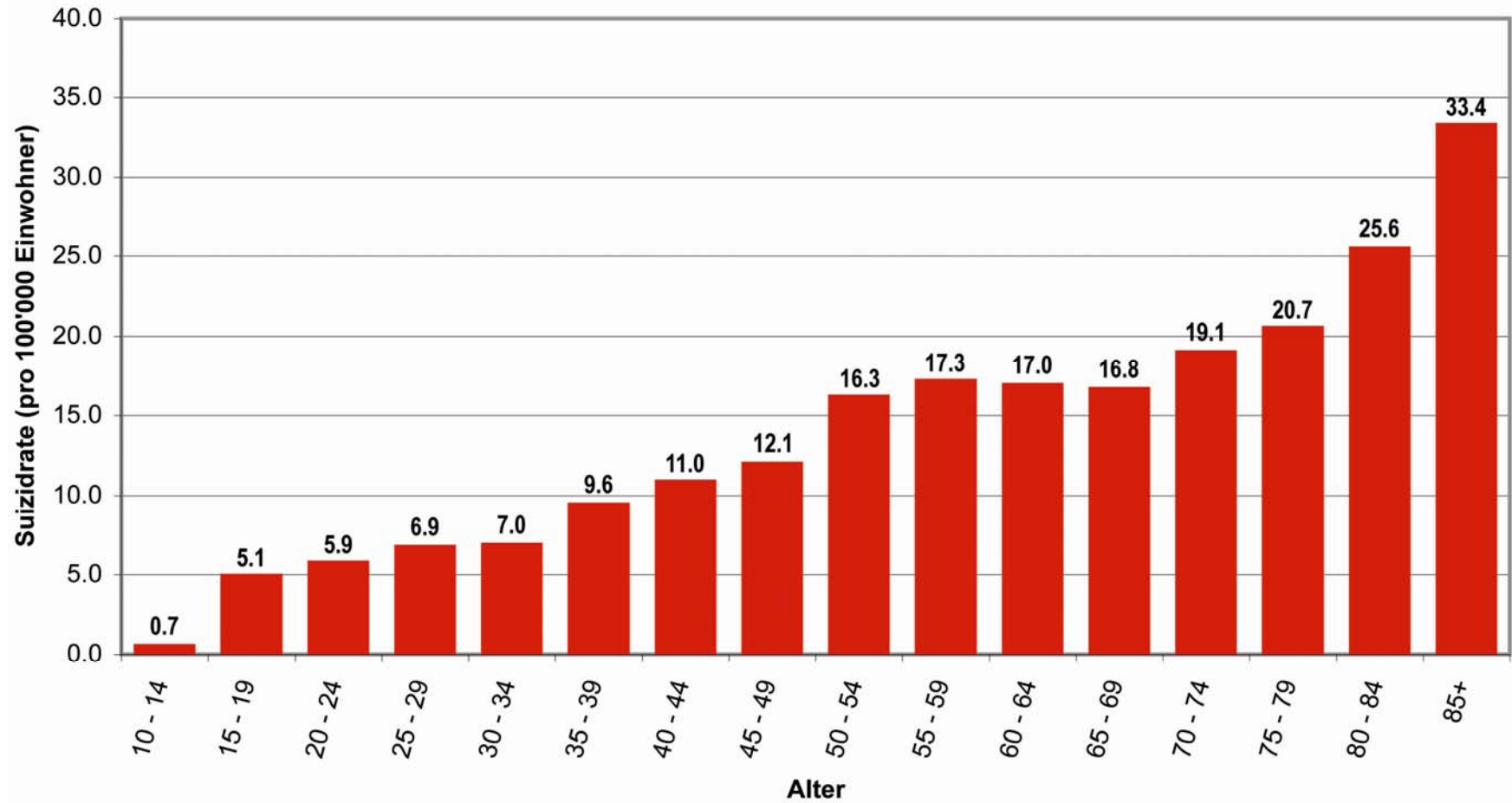


## Entwicklung der Suizidrate 1880 - 2004



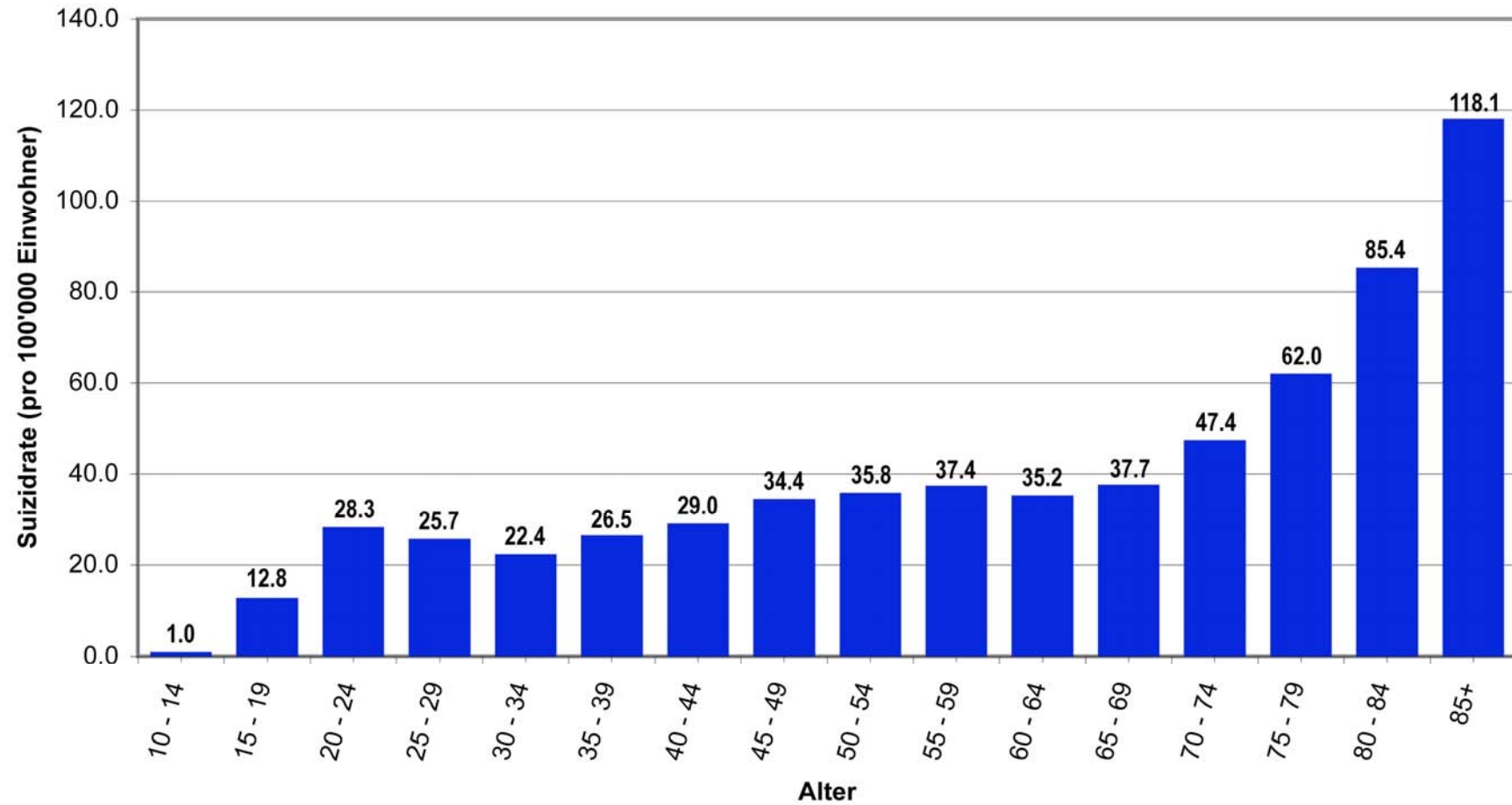
(tirées pour la Suisse de l'OFS, pour l'étranger de l'OMS et mises en forme par le Dr . phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Oberassistent, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie Zürich)

### Suizid nach Alter, 1995 - 2004, Frauen



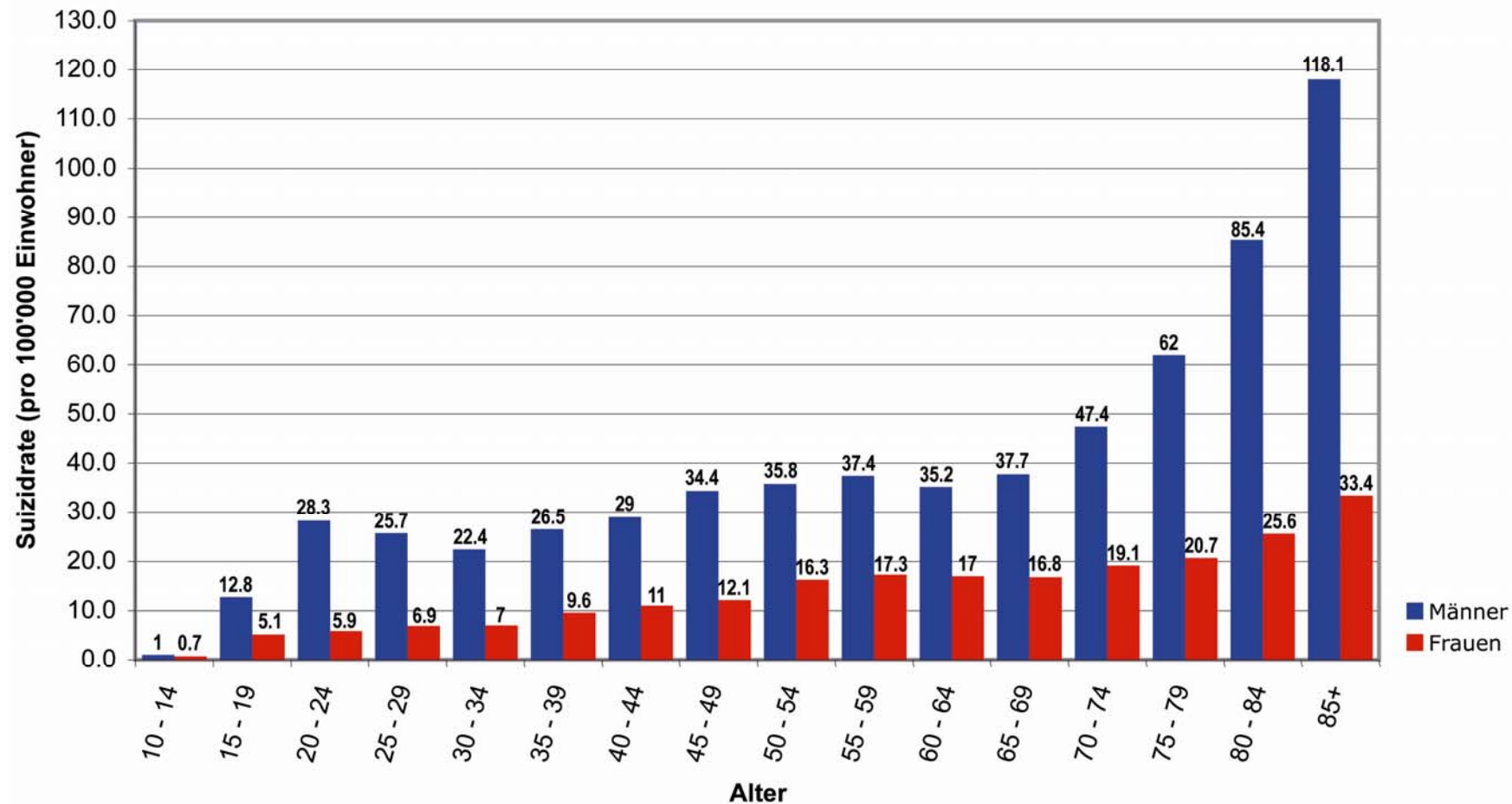
(tirées pour la Suisse de l'OFS, pour l'étranger de l'OMS et mises en forme par le Dr . phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Oberassistent, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie Zürich)

### Suizid nach Alter, 1995 - 2004, Männer



(tirées pour la Suisse de l'OFS, pour l'étranger de l'OMS et mises en forme par le Dr . phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Oberassistent, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie Zürich)

### Suizid nach Alter, 1995 - 2004



(tirées pour la Suisse de l'OFS, pour l'étranger de l'OMS et mises en forme par le Dr . phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Oberassistent, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie Zürich)

# 1. Les signes précurseurs

---

- Arrêt du traitement (ex. arrêt de l'insuline chez le diabétique)
- Conduites à risques (ex. le sport violent chez le patient cardiaque)
- Conduite passive, refus de la vie (syndrome de glissement)
- Désinvestissement des actes de la vie quotidienne (ex. alimentation) et de loisirs (ex. télévision)
- Le désir soudain de mettre de l'ordre dans ses affaires personnelles, de rédiger son testament, etc
- Les conduites à risques – déni des limites
- La mention répétitive de mort ou de suicide – être attentif de la manière implicite, détournée de s'exprimer (identification projective)
- L'absence de réaction face à un événement de vie majeur (pronostic fatal, décès d'un proche, etc.)
- La rédaction d'une note de suicide

## 2. Les facteurs de risque

---

### 2.1 Les risques liés aux valeurs sociétales

- Perte de la jeunesse et de la beauté du corps
- Diminution des performances physiques
- Perte de l'autonomie physique et psychique
- Perte de la transmission transgénérationnelle du roman familial (valorisation)
- Les antécédents familiaux de suicide
- Perte de la fonction et du rôle de transmission des compétences
- Misère sociale (isolement, miroir de l'individualisme dans notre société)
- Valeurs politiques et économiques
- Concept de l'utilité

## 2.2 Les risques relatifs à une conjonction de perte et de désinvestissement caractéristique de la vieillesse

---

- La fin de l'activité professionnelle entraîne un isolement, une perte de revenus, une perte de notoriété
- Les pertes et ruptures dans le cadre de la famille (éloignement des enfants, perte de la cohésion familiale par affaiblissement des liens, deuils des amis, veuvage, décès d'un enfant adulte et célibat)
- Le placement, prise en charge mal adaptée (ex. réglementation des lieux d'accueil)
- La perte de l'autonomie (ex. tutelle, retrait permis voiture)
- Les pertes de capacités sensorielles (visuelle, auditive, motrice ce qui augmente la dépendance)
- Les mauvais traitements, violence
- La perte de la capacité de discernement
- Les troubles du sommeil
- Le sentiment de honte, de solitude – faible estime de soi
- La diminution de la capacité d'anticipation, de la perte et son acceptation.
- Difficultés d'adaptation à des situations nouvelles et donc de résistance au stress et aux traumatismes dus au vieillissement
- Dépression associée à des épisodes de confusion, alternant avec des moments de rémission et de conscience de la détérioration

## 2.3 Les risques associés à une conséquence de l'angoisse de mort, l'angoisse de la souffrance physique et psychique

---

- L'angoisse de perte de contrôle psychique (peur de se perdre, de ne plus suivre les événements)
- L'angoisse de perte de contrôle sur le corps en présence d'une maladie progressive.
- Les douleurs chroniques (ex. cas oncologique)
- Le désir de ne pas souffrir

**=> Lors de signes précurseurs avérés, être particulièrement vigilant avec les personnes encore mobiles, car plus de facilités à « passer à l'acte ».**



# 3. Les facteurs protecteurs

---

## 3.1 Dans le temps qui précède la retraite

- Préparation à la retraite / ne pas perdre de vue que la capacité globale (physique, psychique) diminue avec l'âge
- Prévoir des activités après la retraite : (ex. activités créatrices, d'expression, sportives, engagements bénévoles, politiques, etc.)
- Renforcer les liens avec les autres personnes, entretenir l'humour
- Développer les capacités d'adaptation aux situations prévues ou imprévues
- Ouvrir son intérêt à la nouveauté ou à des domaines encore inconnus
- Se ré-approprier des désirs, des aspirations, hors du monde du travail
- Cultiver une philosophie de vie, un sens à sa vie

## 3.2 Dans le temps de la retraite

---

- Informer du risque de dépression pour la diagnostiquer
- Régler les contentieux de la vie qui restent des bombes à retardement (dénis concernant les origines, les abus sexuels, les maltraitances, ...)
- Mobiliser des investissements affectifs par exemple en faveur des petits-enfants (préservation de l'estime de soi, sentiment d'utilité, capacité d'aimer et d'être aimé, ...)
- Poursuivre son développement personnel, ex. art-thérapie, atelier d'écriture, roman familial, etc.
- S'engager dans une activité sociale bénévole

### 3.3 Dans l'institution

---

Les facteurs protecteurs dans l'institution sont tous ceux mis en œuvre pour favoriser une bonne qualité de vie :

- des soins appropriés favorisant l'autonomie du résident,
- une antalgie suffisante,
- une écoute empathique des besoins explicites et implicites,
- une offre d'activités d'animations adaptées aux handicaps, aux intérêts,
- un soutien moral et psychique suivi (avec appui ou conseil d'un psychologue ou psychiatre),
- le respect de la volonté du résident,
- un environnement rassurant (chambre personnalisée, salle à manger conviviale, etc.),
- un contact régulier avec une personne de confiance (ex. infirmière de référence).

## 4. Aborder dans un entretien la question du suicide

---

### 4.1 Comment aborder la question du suicide?

Il n'est pas facile d'interroger une personne sur son intentionnalité. Il est utile d'aborder ce risque graduellement (se donner du temps) en s'aidant de questions telles que :

- Etes-vous triste ?
- Vous sentez-vous seul ?
- Trouvez-vous que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
- Est-ce qu'il vous arrive de penser à la mort ?

## 4.2 Quand poser la question du suicide?

 ***prendre le temps et avoir la capacité de recevoir le message***

---

- Quand elle exprime des sentiments négatifs de solitude, de désespoir, violence verbale, etc.
- En cas d'absence de réaction face à un événement de vie majeur (ex. deuil, annonce d'un pronostic fatal, etc.)
- Quand elle se sent à l'aise pour parler de ses sentiments, en confiance, reconnue.

Que demander ?

→ Vérifier si un **plan** précis de suicide est établi :

- Avez-vous déjà pensé à vous suicider ? si oui, comment ? et où ?
- Avez-vous déjà mis au point un projet pour mettre fin à vos jours ?
- Avez-vous une idée sur la façon dont vous allez procéder ?

→ S'enquérir de la **méthode** envisagée :

- Avez-vous des médicaments, une arme, des produits toxiques ou d'autres moyens à disposition ?
- Ces moyens sont-ils facilement disponibles ?

→ Savoir si la personne en a fixé le **moment** précis :

- Avez-vous décidé du moment de votre suicide ?
- Quand exactement l'avez-vous prévu ?

***Toutes ces questions doivent être posées avec attention, intérêt et compassion***

---

# 5. Quantifier le risque suicidaire

---

## 5.1 Risque faible

La personne a quelques fantasmes suicidaires tels que « je ne peux pas continuer », « je préférerais être mort », mais n'a pas fait de plan précis.

### Prévention

- Mettre l'accent sur les forces positives de la personne qui l'ont aidées par le passé à surmonter des difficultés sans pour autant tenter un suicide, tout en validant ce que la personne vient de dire
- Organiser des rencontres ultérieures et maintenir un contact.
- Orienter la personne vers un spécialiste en santé mentale ou vers un médecin.

## 5.2 Risque moyen

---

La personne a des pensées et un plan suicidaires, mais n'a pas décidé de passer à l'acte immédiatement.

### Prévention

- Offrir un soutien, travailler sur les fantasmes et les sentiments, mettre l'accent sur les forces positives comme dans la première étape, mais en ajoutant les points suivants :
  - explorer avec la personne toute alternative au suicide, tout en sachant que ce ne sont pas des solutions idéales; l'interlocuteur les évoquera dans l'espoir que la personne en retiendra au moins une,
  - établir un contrat de non-suicide. Obtenir de la personne la promesse qu'elle ne tentera rien sans contacter l'équipe de santé pendant une période précise,
  - orienter la personne vers un psychiatre, un conseiller ou un médecin et prendre un rendez-vous le plus tôt possible,
  - contacter (avec l'assentiment de la personne) la famille, les amis, les collègues et s'assurer de leur soutien.

## 5.3 Risque élevé

---

La personne a défini son plan de suicide, en possède les moyens et envisage de passer à l'acte.

### Prévention

- Rester avec la personne, ne jamais la laisser seule.
- Retirer tous les moyens prévus pour le suicide.
- Contacter un professionnel en santé mentale, la personne de référence ou un médecin immédiatement et organiser un transfert vers un hôpital.
- Alerter la famille et obtenir son soutien.



## 6. Orientation d'une personne suicidaire

---

### Quand orienter?

Quand la personne :

- possède un antécédent personnel de tentative de suicide,
- possède un antécédent familial de suicide, d'alcoolisme ou de maladie mentale ou psychiatrique,
- est atteinte d'une maladie somatique grave,
- ne possède pas de soutien social.

### Comment orienter ?

- Le professionnel prend le temps d'expliquer à la personne la nécessité de l'orientation.
  - Mettre en place le dispositif.
  - Convaincre la personne que cette orientation n'est pas une décharge de sa responsabilité.
  - Maintenir un contact selon besoin.

# 7. Adresses utiles

---

## Qui appeler ?

En premier lieu les proches, d'entente avec la personne, le médecin traitant ou le médecin référent de l'institution.

Les jours ouvrables de 8 h à 12 h et de 14 h à 18 h :

- **Service Psycho-social**, tél. 026 / 460 10 10

Les jours ouvrables de 12 h à 14 h ainsi que de 18 h à 8 h ainsi que les week-ends et les jours fériés :

- **Permanence médicale**, tél. 026 / 350 11 40

Risque majeur avec agitation et refus de collaborer :

- **Ambulance**, tél. 144

Risque majeur avec violence :

- **Police**, tél. 117 - **Juge de paix** / privation de liberté

Exceptionnellement et en cas d'échec des mesures susmentionnées:

- **Urgences de l'Hôpital Fribourgeois – site de Fribourg**, tél. 026 / 426 71 11
- **Urgences de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Marsens**, tél. 026 / 305 78 00

# 8. Formation du personnel

---

Pour agir dans le domaine, la formation est à favoriser (pour tout le personnel) afin d'être capable :

- de mieux évaluer les facteurs de risque, le potentiel suicidaire,
- d'intervenir en cas de crise,
- d'écouter avec empathie,
- de collaborer à bon escient avec d'autres professionnels - travail interdisciplinaire,
- de reconnaître les limites de son action,
- de prendre connaissance des exigences juridiques liées à la protection des données, au secret professionnel, de fonction, de discrétion,
- de comprendre et d'appliquer les protocoles d'intervention, etc.

---

Merci de votre  
attention

