

**Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes
Handicapées (CNBD)**
Prévention du suicide chez les personnes âgées

Anne-Sophie RIGAUD (Hôpital Broca, AP-HP, Université Paris Descartes) - Thierry GALLARDA (Hôpital Sainte-Anne) - Marc Zajdenweber (DGCS) - Rémi Mangin (UNA) - Louise Pinard (ANESM) - Philippe Guillaumot (Gérontopsychiatrie - Pau) - Louis Ploton (FNG) - Françoise Facy (Union Nationale de Prévention du Suicide -INSERM) - Sylvie BONIN-GUILLAUME (psychogériatre – Marseille, SFGG) - Olivier DRUNAT (Hôpital Bretonneau, AP-HP, SFGG) - Philippe Carette (Centre Popincourt) - Vincent Lapière (Centre Popincourt) - Daniel CARRE (CISS) - Emmanuel GUILIANO (Hôpital Sainte-Anne) - Romain Gizolme (ADPA) - Claire Barangé (Union Nationale des Professionnels de Santé) – Eric Tanneau (Union Nationale des Professionnels de Santé) - Bernard Duportet (HABEO)- Anne-Laure FOMBARON (FEHAP)- Rkia ELOUADI (DGS)– - Raymond Penhard (Petits Frères des Pauvres)- - Hélène CHARTIER (Association VE.DI.BE) – Claude Michel SIRVENT (Police Nationale) – Jean-Pierre Soubrier (CRES- Expert OMS)- Caroline LUTIC (Synerpa).

Tables des matières

Méthode de travail	3
Introduction	4
Cadrage	6
Eléments d'analyse du suicide des personnes âgées	9
1. Données chiffrées et statistiques	9
2. Eléments de définitions et de compréhension	11
A. La crise suicidaire.....	11
B. Facteurs de risque de suicide et facteurs protecteurs.....	12
C. Conséquences du suicide dans l'entourage et interventions.....	18
D. Modalités de prévention : analyse de la littérature.....	19
La prévention du suicide : l'état des lieux en France	23
1. Plans, rapports	23
2. Recommandations et dispositifs existants	30
A. Disparités entre les territoires et manque de visibilité des initiatives existantes.....	30
B. Actions de formation.....	30
C. Dispositifs existants.....	34
D. Information du grand public.....	40
Témoignages et points de vue des différents membres du CNBD	43
Propositions du Comité	50
Annexe	58
Références bibliographiques	71

Méthode de travail

Le comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration de la politique de prévention du suicide a été installé par Madame Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie le 23 mai 2013.

Le groupe composant ce comité de pilotage était pluridisciplinaire et interinstitutionnel, associant professionnels de terrain et représentants associatifs. La liste des membres le constituant est présentée en première page du document.

Quatre réunions en groupe de pilotage (les 15 mai, 4 juin, 17 juillet, 11 septembre) ainsi que de nombreux échanges par courrier électronique et téléphone ont permis de réunir les différentes contributions des membres du comité de pilotage et ont permis d'écrire ce rapport.

Nous remercions également les docteurs Stéphane Richard-Devantoy (Psychiatre, Mc Gill, Montréal) et Laurence Hugonot-Diener (Psychogériatre, Broca, Paris) pour leurs contributions et leur relecture.

Introduction

Le suicide constitue sans doute l'épilogue le plus dramatique d'une existence humaine et dans bien des cas, il demeure une énigme. Différentes lectures existent du geste suicidaire selon qu'on est sociologue, philosophe, médecin ou spécialiste en neurosciences. Aucune ne détient la vérité.

Pour le sociologue Emile Durkheim (1858-1917), le suicide équivaut à « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (Durkheim, 1960).

Pour Albert Camus, le suicide soulève la question fondamentale du sens de la vie : pour la plupart des hommes, vivre se ramène à « faire les gestes que l'habitude commande » et « mourir volontairement suppose qu'on a reconnu, même instinctivement, le caractère dérisoire de cette habitude, l'absence de toute raison profonde de vivre, le caractère insensé de cette agitation quotidienne et l'inutilité de la souffrance » mais de sa doctrine de l'absurde, Camus tire trois conséquences : « je tire de l'absurde trois conséquences qui sont ma révolte, ma liberté, ma passion. Par le seul jeu de ma conscience, je transforme en règle de vie ce qui était invitation à la mort – et je refuse le suicide » (Albert Camus, in *Le mythe de Sisyphe*, 1942).

Dans une pratique médicale, aux yeux du psychiatre notamment, le suicide apparaît presque toujours comme un comportement pathologique et non comme un acte « rationnel » ou de « liberté » et ce à tous les âges de la vie. A de très rares exceptions, les suicides dits « philosophiques » sont perçus comme la rationalisation d'un processus pathologique sous-jacent. Ainsi, dans une conception médicale, la « crise suicidaire » émerge chez des personnes souffrant de troubles mentaux. Même si un trouble mental n'a pu être caractérisé, les autopsies psychologiques et l'analyse des notes laissées par certains suicidés, témoignent toutes d'une douleur psychique qui leur est devenue intolérable. Enfin, dans une perspective issue des neurosciences, les conduites suicidaires pourraient constituer des entités pathologiques à part entière, trans-nosographiques, héritables, aux caractéristiques neurobiologiques propres où la faillite des mécanismes cognitifs à l'œuvre dans la prise de décision tiendrait un rôle majeur (Jalenques et al, 2009)

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent la tranche de la population la plus à risque de décès par suicide, en particulier lorsqu'elles sont déprimées. A cet âge, de multiples stressors psychosociaux (isolement, précarité, perte de l'autonomie...) ont été incriminés comme facilitateurs de l'éclosion des conduites suicidaires mais les facteurs de vulnérabilité suicidaire spécifiques à cette population sont encore assez mal connus. Parmi les personnes âgées souffrant de dépression, comment repérer celles qui sont les plus vulnérables au passage à l'acte suicidaire afin de cibler de meilleures stratégies de prévention de ce risque avec l'avancée en âge ?

Le comité souhaite souligner la différence majeure entre le suicide et les demandes d'aide active à mourir qui ne sont pas l'objet de ce rapport. Ces demandes d'aide active à mourir résultent de démarches accompagnées¹², conscientes et ouvertes vis-à-vis des proches. La prise en compte de ces demandes ne peut être assimilée au suicide, même si le terme de suicide assisté³ est employé pour des protocoles où la prise des doses létales est effectuée de manière autonome (Suisse) L'association américaine de suicidologie (AAS), très impliquée dans ce débat, a

¹ **Face à la Mort** Équipe de soutien du Réseau Hospitalier d'Anvers Éditions Aden 2008

² **Implementing a Death with Dignity Program at a Comprehensive Cancer Center** NEJM Avril 2013

³ Dans les médias anglophones, on parle de PAS, Patient Assisted Suicide

recommandé l'appellation plus précise de « mort volontaire médicalement assistée », excluant ainsi le terme de suicide. Il semble en effet que les acteurs de la prévention doivent tenir compte d'un possible effet de banalisation, voire d'une promotion implicite, par l'emploi d'une terminologie inadéquate, pouvant favoriser la confusion entre suicide et euthanasie.

Sur cet important sujet de société, le Président de la République a demandé un Rapport au Professeur Didier Sicard⁴, puis sollicité l'avis du Comité Consultatif d'Éthique (CCNE)⁵. Jean-Claude Ameisen, Président du CCNE demande l'organisation d'un débat public, compte tenu de divergences de point de vue au sein du CCNE. Plusieurs Projets de Loi⁶ ont été déposés sur ce sujet à l'Assemblée Nationale et au Sénat. Le débat est très vif sur le plan international.

⁴ **Penser solidairement la fin de vie** Rapport à François Hollande, Président de la République 18/12/2012

⁵ **Avis 121** Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la vie et de la santé 30 juin 2013

⁶ notamment celle du Sénateur Jean-Pierre Godefroy : <http://www.senat.fr/leg/pp11-312.html>

Cadrage

Un repérage de la dépression et de la crise suicidaire encore insuffisant....

L'épidémiologie

Selon les chiffres du Cépidec-Inserm, en France, sur près de 10 400 suicides survenus en 2010, 28% ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus.

Le taux de suicide des personnes âgées reste donc très élevé en France malgré plusieurs plans nationaux successifs de prévention du suicide portant sur l'ensemble de la population.

Le Cépidec estime une sous-estimation globale de 9.4 % du nombre officiel de décès par suicide. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le taux de sous-estimation atteint 12,85 %⁷.

Chez les personnes âgées en particulier, un certain nombre de décès liés à des conduites suicidaires comme l'inattention volontaire sur la voie publique (traverser une route sans regarder la circulation) ou les équivalents suicidaires (arrêt d'un traitement ayant des conséquences graves) ne sont pas qualifiés de « suicide » et donc ne sont pas comptabilisés.

L'analyse épidémiologique des chiffres liés au suicide des personnes âgées dégage quelques caractéristiques qui constituent autant de facteurs de risque.

La personne âgée accomplissant un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte comme en témoigne les moyens fréquemment employés (précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison). Son geste entraîne le plus souvent son décès.

L'intentionnalité plus grande du sujet âgé se conjugue souvent avec une fragilité organique sous-jacente plus grande⁸.

De fait, le ratio tentative de suicide/suicide abouti est extrêmement bas⁹. Il est de l'ordre de 4/1 chez les personnes âgées versus 200/1 chez les personnes de moins de 25ans¹⁰.

Il y a toutefois une différence entre les genres : 1.2 tentatives de suicide pour un suicide abouti chez les hommes âgés, pour 3.3/1 tentatives chez les femmes âgées¹¹.

En d'autres termes, comme il y a 4,5 fois plus de suicide chez les hommes âgés entre 75 et 84 ans, et 7 fois plus de suicide chez les hommes âgés entre 85 et 94 ans¹², le ratio entre les sexes est plus déséquilibré que celui entre les jeunes et les adultes.

Les facteurs de risque

L'existence de maladies somatiques antérieures rend les sujets les plus âgés, plus vulnérable à la violence physique du geste autodestructeur.

De plus, les personnes âgées qui font une tentative de suicide sont plus susceptibles de vivre seules et donc d'échapper à la détection opportune et au secours que l'adulte jeune.

Enfin, les personnes âgées lors de la crise suicidaire ont tendance à planifier davantage, à être plus déterminées à mourir et à utiliser des moyens létaux plus radicaux, comme par exemple les armes à feu que l'adulte jeune¹³.

⁷ Source BEH thématique Suicide, décembre 2011

⁸ Conwell et al., 2010

⁹ Conwell and Cailting, 2008, Conwell et al., 1998b

¹⁰ De Leo et al., 2001, McIntosh, 1985, Conwell and Cailting, 2008

¹¹ De Leo et al., 2001

¹² Conwell and Cailting, 2008

Les principaux facteurs de risque sont la dépression (parfois associée à des conduites addictives à l'alcool ou autres psychotropes) et le désespoir, le vécu d'isolement, ainsi que la mauvaise condition physique et la précarité financière.

Avec une fréquence plus élevée que chez l'adulte jeune (60 à 90% des cas), la dépression majeure est le trouble psychiatrique le plus fortement associé au suicide abouti et aux tentatives de suicide des adultes les plus âgés. Elle constitue d'autant plus si elle est sévère, le plus gros pourvoyeur d'idées suicidaires et de suicides aboutis.

Les situations de rupture (déménagement, deuil, entrée en établissement...) favorisent le risque suicidaire.

Le processus suicidaire

Le suicide est un phénomène complexe et ne se limite pas à l'acte mortel. Il est en réalité composé des idéations suicidaires et des intentions suicidaires, ainsi que des comportements suicidaires indirects et des tentatives de suicide.

Mais au-delà de ces notions relativement bien définies, il est difficile -lorsque l'on souhaite décrire un processus suicidaire- de donner aux différentes étapes des frontières bien distinctes puisque chaque sujet va suivre un cheminement qui lui est propre et dont les expressions seront loin d'être standardisées.

L'objet d'étude à privilégier est bien le cheminement qui conduit un individu d'un état de bien être à la tentative de suicide voire au suicide complété, afin de mieux visualiser les actions de prévention et d'intervention possible.

En principe donc, l'individu se trouve dans un état de relatif bien-être. Lorsqu'il est soumis à des événements stressants, les mécanismes d'adaptation acquis au fil du temps et des expériences lui permettent de maintenir un état d'équilibre et de ramener la situation « à la normale ».

Parfois, il est des situations où ces mécanismes d'adaptation ne sont pas suffisants ou plus assez développés et cette perte de capacité à faire face met l'individu en position de faiblesse, de tension interne telle qu'il se retrouve confronté à un ensemble d'émotions négatives.

A ce stade de la « crise psychique », la réalité s'altère et les problèmes semblent insurmontables. L'individu peut alors glisser un peu plus dans la confusion émotionnelle et la désorganisation.

Les idéations suicidaires, en tant que projection du suicide comme une solution possible peuvent à ce moment apparaître, puis devenir de réelles intentions suicidaires (l'individu suicidaire commençant alors à élaborer un plan pour mettre un terme à sa vie).

C'est souvent suite à un événement déclencheur (même parfois minime) que l'individu ne voit plus d'autre alternative que de passer à l'acte afin de mettre fin à une situation qu'il juge insupportable. Ces raptus suicidaires ne sont pas rares chez les sujets âgés, pouvant survenir chez des individus qui ne semblaient pas présenter de trouble mental caractérisé. Leur prévention peut s'avérer difficile.

La tentative de suicide aboutit soit à un comportement suicidaire fatal (décès de la personne) soit à un comportement suicidaire non fatal où le suicidant est alors accompagné et suivi.

Cette étape d'accompagnement et suivi est particulièrement importante considérant le fait qu'avoir déjà attenté à ses jours est le facteur prédisposant le plus corrélé avec une nouvelle tentative de suicide.

Prévenir le passage à l'acte suicidaire est donc un travail au long cours, qui débute bien en amont du geste suicidaire lui-même.

¹³ Conwell et al., 1998

Par ailleurs, il faut souligner que l'entourage de la personne âgée qui se suicide subit un traumatisme psychologique et doit bénéficier d'un accompagnement.

Les modalités de prévention du suicide des personnes âgées

L'analyse de la littérature révèle que deux types d'interventions s'avèrent majeurs pour réduire le taux de suicide des personnes âgées : 1) celles visant à réduire les facteurs de risque : en améliorant le diagnostic et le traitement de la dépression et en luttant contre l'isolement des personnes, 2) celles visant à augmenter les facteurs protecteurs en favorisant le Bien Vieillir, c'est-à-dire la qualité de vie.

L'état des lieux en France

Dans différents territoires, de nombreux programmes (ou dispositifs) de prévention du suicide (ou de postvention) très prometteurs ont été mis en place soit pour diminuer le risque de suicide soit pour augmenter les facteurs de protection. Ces programmes sont insuffisamment répertoriés et diffusés. Leur contenu, l'organisation et les structures coordinatrices (psychiatrique ou gériatrique) sur lesquelles s'appuient ces dispositifs de prévention varient d'un territoire à l'autre. Par ailleurs, l'efficacité de ces programmes n'a pas encore été évaluée de façon scientifique. De plus, de nombreux territoires n'ont pas encore mis en œuvre de tels programmes (ou ne les ont pas fait connaître).

Bien que l'organisation de ces programmes varie d'un territoire à l'autre, il apparaît que l'efficacité du dispositif est proportionnelle au niveau de collaboration entre secteur psychiatrique et gériatologique.

En effet le secteur gériatologique est maintenant bien structuré tant dans le domaine sanitaire (filiales et réseaux gériatriques) que dans le domaine médico-social (CLIC, CCAS, MAIA, coordination, ...).

Le secteur psychiatrique est structuré depuis longtemps mais, comme le secteur gériatologique, a souvent rapporté ses difficultés (manque de moyens financiers et humains mais aussi manque de formation aux spécificités des troubles mentaux de la personne âgée) à accompagner et suivre les personnes âgées souffrant d'affections mentales.

Bien que certains territoires aient fait des efforts méritoires pour mettre en place des collaborations entre le secteur gériatologique (sanitaire et medico-social), le médecin généraliste, le secteur psychiatrique et les psychiatres libéraux, les liens restent encore insuffisants. Les clivages entre spécialités médicales, la primauté des modèles biomédicaux par rapport à des modèles basés sur le handicap, le manque de fluidité entre le sanitaire et le médicosocial se heurtent à la complexité de la majorité des affections observées au cours du vieillissement.

Éléments d'analyse du suicide des personnes âgées

1. Données chiffrées et statistiques

Un million de personnes décèdent chaque année de suicide dans le monde, plus que le nombre de morts dus aux guerres, aux accidents ou aux homicides¹⁴. Le risque de décès par suicide augmente avec l'âge¹⁵. Les personnes âgées constituent la population la plus à risque de décès de suicide par rapport aux autres tranches d'âge.

Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé¹⁶, les taux moyens de suicide des personnes âgées de 65 ans et plus sont pour les hommes de 29.3 (0 à 161) pour 100,000 habitants, et pour les femmes de 5 (0 à 71). Par comparaison, les taux moyens de suicide pour les hommes âgés de 25-34 ans sont de 21, et pour les femmes de 5.1.

Evolution du taux de suicide des personnes âgées

Le taux de suicide

Les enregistrements des décès par suicides en France sont réalisés par le service Cepidc de l'Inserm, depuis 1968, d'après les certificats médicaux de décès et codifiés suivant la classification internationale des maladies (10^{ème} version). Ces statistiques permettent des comparaisons internationales et des mesures de tendances, en fonction des stratégies de prévention.

Malgré une diminution générale importante : 10371 suicides en 2010 en France métropolitaine vs 11403 en 1990.

Le taux de suicide chez les personnes âgées reste très élevé, notamment chez les hommes : pour les plus de 65 ans, les taux sont de 50,5 pour 100000 en 2010 vs 81,4 pour 100000 en 1990. En effet, les taux de décès par suicide ont tendance à baisser dans le temps (entre 1990 et 2010 : 34,6 à 26,1 chez les hommes et 11,5 à 8,1 chez les femmes). Cette diminution concerne davantage les personnes âgées et les jeunes que les personnes d'âge moyen (45-64 ans) pour lesquelles ces taux ont stagné, voire augmenté¹⁷.

Cependant, le vieillissement démographique croissant laisse présager une augmentation du nombre de suicidés âgés, ce qui fait du suicide dans cette tranche d'âge un véritable problème de santé publique. Cette donnée démographique incite à développer des interventions efficaces pour réduire le risque de suicide dans cette tranche de la population, nécessitant au préalable l'identification de facteurs de risque et de protection.

Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'avancée en âge¹⁸. Son incidence pour 100 000 habitants est de 6.5 chez les 15-24 ans, 21.0 pour les 35-44 ans, 22.0 pour les 55-64 ans, 29.4 pour les 75-84 ans et 39.5 pour les 85-94 ans.

Le taux de suicide est multiplié par 2.33 à 75 ans et par 3.13 à 85 ans par rapport à celui des personnes de 25 ans. Chez les hommes, les taux sont multipliés par 3 pour les 70-75 ans et par 5 pour les 80-85 ans par rapport aux hommes entre 20 et 25 ans. Les hommes âgés se suicident plus que les femmes âgées. Après 65 ans, les hommes se suicident 4 fois plus que les femmes, les taux sont de 50,5 vs 12,7 pour 100000.

Les tentatives de suicide

¹⁴ Reza et al., 2001

¹⁵ Hawton and van Heeringen, 2009)

¹⁶ <http://www.who.int/topics/suicide/en/>

¹⁷ Source : Etudes et résultats 2009, N° 702

¹⁸ source INSERM, CépiDC 2010

Les tentatives de suicide ne sont pas enregistrées systématiquement et plusieurs sources sont utilisées pour fournir des estimations, (hospitalisations, réseau de généralistes, études ponctuelles)¹⁹.

Les analyses comparatives entre les suicides et les tentatives permettent de préciser des niveaux de risque spécifiques aux personnes âgées et des cumuls de facteurs médico-sociaux. Ces éléments amènent à des recommandations de pratiques professionnelles (hospitalisations, suivis adaptés...).

Alors qu'elle est le facteur clinique le plus prédictif de récurrence chez le sujet jeune, une histoire personnelle de tentative de suicide est plus rarement retrouvée chez les suicidants²⁰ ou les suicidés âgés²¹. 75% des suicidés âgés n'ont jamais fait de tentative de suicide auparavant²².

Mode opératoire de suicide

Répartition des modes opératoires de suicide en 2010 en France métropolitaine selon le sexe (Source Inserm-Cépidc 2010)

	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Intoxication	766	10,1	817	29,9	1 583	15,3
Pendaison	4 383	57,6	1 043	38,2	5 426	52,5
Noyade	224	2,9	252	9,2	476	4,6
Arme à feu	1 314	17,3	63	2,3	1 377	13,3
Immolation	32	0,4	15	0,5	47	0,5
Objet tranchant	63	0,8	29	1,1	92	0,9
Saut dans le vide	347	4,6	265	9,7	612	5,9
Collision	159	2,1	60	2,2	219	2,1
Autre moyen	15	0,2	12	0,4	27	0,3
Moyen non précisé	302	4,0	172	6,3	474	4,6
Total	7 605	100,0	2 728	100,0	10 333	100,0

La pendaison reste le principal mode opératoire de suicide en France (52.5%), suivie des intoxications médicamenteuses (15,3 % ; mais 29.9% pour les femmes), de l'utilisation d'armes à feu (13.3 % ; mais 17,3% chez les hommes) et des sauts d'un lieu élevé (5.9 %).

Répartition des modes opératoires de suicide en 2010 en France métropolitaine selon le sexe et la classe d'âge (Source Inserm-Cépidc 2010)

Classe d'âge	Hommes (n = 7 605)					Femmes (n = 2 728)				
	10 - 24 (n=403)	25 - 44 (n=2204)	45 - 64 (n=2916)	65 - 84 (n=1609)	>= 85 (n=473)	10 - 24 (n=133)	25 - 44 (n=611)	45 - 64 (n=1193)	65 - 84 (n=640)	>= 85 (n=151)
Intoxication	6,0	12,1	12,5	4,9	7,0	18,0	29,3	36,2	24,2	17,9
Pendaison	60,8	65,3	58,1	48,8	46,1	55,6	46,6	35,1	32,5	37,7
Noyade	1,2	1,8	2,5	5,0	5,5	3,0	1,5	9,1	17,3	13,2
Arme à feu	12,7	8,9	16,3	29,3	25,2	1,5	4,3	1,9	1,7	0,7

¹⁹ SourceBEH-n° 47-48-2011

²⁰ Conwell et al., 1998a, Conwell et al., 2000

²¹ Alexopoulos et al., 1999, Szanto et al., 2001, Turvey et al., 2002a, Hawton and van Heeringen, 2009

²² Conwell et al., 1991, Preville et al., 2005b

Immolation	0,2	0,2	0,6	0,4	0,4	0,0	0,5	0,8	0,3	0,7
Objet tranchant	0,2	0,7	0,9	0,8	1,3	0,0	0,3	1,0	1,9	2,0
Saut dans le vide	7,2	4,7	3,3	5,0	8,0	12,0	9,5	7,9	10,8	18,5
Collision	7,9	3,2	1,6	0,6	0,2	6,0	2,3	2,2	1,7	0,7
Autre moyen	0,2	0,0	0,2	0,3	0,6	0,0	0,2	0,1	0,9	2,6
Moyen non précisé	3,5	3,1	3,9	4,8	5,7	3,8	5,6	5,8	8,6	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Aspects médicaux-économiques

En Economie de la Santé, même si la santé mentale est reconnue par l'OMS comme un problème majeur actuel et à venir de Santé Publique (cf HCSP-2010), les études abordant la problématique du suicide sont rares sous l'angle des impacts économiques et sociaux.

Des estimations des coûts économiques des suicides et tentatives sont faites au Royaume- Uni, au Canada, aux Etats- Unis et en Nouvelle Zélande, en milliards d'euros à chaque fois.

En France, une étude est en cours, abordant les coûts directs (prise en charge sanitaire, urgences, prise en charge médico-sociale, SSIAD), les coûts indirects (perte de productivité des victimes et de leur entourage), les coûts intangibles, liés à la valeur économique (capital humain) des durées de vie en bonne santé (Chevreul, PHRC-2012 *Etude de l'unité de recherche en économie de la santé (URC ECO) rattachée à l'APHP « estimation du fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France en 2009 »*).

2. Eléments de définitions et de compréhension

A. La crise suicidaire

La prévention des conduites suicidaires des personnes âgées passe par le repérage de la crise suicidaire et par l'évaluation du potentiel suicidaire. La crise suicidaire est une crise psychique marquée par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes face à un sentiment d'impasse²³ ; le suicide apparaît comme le seul moyen et la mort la seule issue à cet état de crise et de souffrance.

Son repérage est réputée plus difficile chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes²⁴. Ainsi des travaux de Preville et al ont montré qu'environ la moitié des personnes âgées suicidées avait consulté leur médecin généraliste au cours des 7 jours précédant leur suicide.

Les deux tiers des personnes âgées suicidées avaient consulté leur médecin généraliste durant le mois précédant leur geste suicidaire, et jusqu'à la moitié durant les dix derniers jours, surtout pour des symptômes relatifs aux troubles de l'humeur²⁵. La recherche de symptômes dépressifs et suicidaires en cas d'affection somatique sévère est essentielle. La formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat est une méthode essentielle et efficace dans la prévention du suicide. Le nombre de diagnostic de dépression et de patients traités adéquatement avait augmenté et les taux de suicide avaient diminué après comparativement à avant la formation au repérage de la dépression et de la crise

²³ Van Heeringen and Marusic, 2003

²⁴ Conwell and Cailting, 2008

²⁵ Preville et al., 2005a

suicidaire²⁶. Toutefois, cette formation doit être répétée pour maintenir son efficacité dans le temps.

La crise suicidaire des personnes âgées est souvent plus discrète, masquée par des plaintes somatiques au premier plan. L'approche doit être douce en raison des craintes éprouvées : peur de gêner, peur d'être jugée, peur de perdre le peu de contrôle sur sa vie si elle évoque ses pensées et qu'une hospitalisation s'en suive.

Parfois le sujet âgé n'a pas verbalisé ses intentions suicidaires, si bien que le passage à l'acte est vécu dans une grande culpabilité par l'entourage (y compris les soignants). Il est donc important de poser la question des intentions suicidaires et, en l'absence de verbalisation, de rechercher l'existence de comportements qui expriment la préparation de l'acte suicidaire, comme mettre en ordre ses affaires, ou encore afficher une sérénité soudaine. Lorsque la personne verbalise des intentions suicidaires, il est important de ne pas banaliser ses propos ou de croire que d'en discuter va inciter la personne au suicide.

En revanche, il faut repérer l'importance de ce risque. En effet, plus le scénario est précis et plus la date est proche, plus le risque est important, surtout si les moyens de suicide envisagés sont à la portée du patient.

B. Facteurs de risque de suicide et facteurs protecteurs

Rechercher la présence d'idéations suicidaires constitue le préalable à l'évaluation du potentiel suicidaire. Les trois volets de cette évaluation RUD (Risque, Urgence, Dangersité) commande prioritairement un temps d'évaluation clinique, psychologique et contextuelle approfondie, et oriente la prise en charge, hospitalière ou ambulatoire. Elle prend nécessairement en compte :

- 1) les facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection,
- 2) les facteurs d'urgence témoins de l'imminence d'un geste (intensité, fréquence, et temporalité, spatialité et modalité du scénario suicidaire), et enfin
- 3) les facteurs de dangersité comme l'accessibilité et la létalité du moyen envisagé (cf. tableau ci-dessous).

Tableau: Évaluation Risque Urgence Dangersité (RUD)

1) Risque		
Facteurs de risque primaires (I)	Facteurs de risque secondaires (II)	Facteurs de risque tertiaires (III)
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs les plus importants • Ont valeur d'alarme • Non présents en temps normal • Valides individuellement • Influencés par la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de la « vie courante » pour certains • N'ont pas valeur d'alarme • Valides statistiquement seulement • Peu influencés par la prise en charge • Intérêt associés aux facteurs I 	<ul style="list-style-type: none"> • Événements naturels (on n'y échappe pas!) • N'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs I et II
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trouble psychiatrique aigu : dépression, intoxication alcoolique... ✓ Communication d'une intention suicidaire ✓ Antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires ✓ Propension à l'impulsivité, l'agressivité, ou la violence 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pertes parentales précoces ✓ Traumatismes et abus durant l'enfance ✓ Isolement social, affectif ✓ Problèmes financiers, chômage ✓ Événements de vie négatifs significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sexe masculin ✓ Adolescence ✓ Sénescence ✓ Période prémenstruelle ✓ Saison de l'été
2) Urgence		
<i>Avez-vous des idéations suicidaires ?</i>		

²⁶ Rihmer et al., 1995

-
- ✓ Fréquence : Combien de fois y avez-vous pensé ?
 - ✓ Durée : Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?
 - ✓ Eléments dissuasifs : Y-a-t-il des choses qui vous ont empêché de penser/de mettre à exécution vos pensées ?
 - ✓ Où, Quand, Comment envisagez-vous de vous suicider ?

3) Dangers

Avez-vous accès à un moyen léthal ?

-
- ✓ Accessibilité du moyen
 - ✓ Létalité du moyen envisagé
-

Plus qu'à d'autres âges de la vie, l'accumulation de facteurs (primaires et secondaires) joue un rôle important dans le risque suicidaire chez la personne âgée.

>>>Facteurs de risque primaires

Les maladies psychiatriques

Chez les personnes âgées, l'existence d'antécédents de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires augmente le risque d'un comportement suicidaire ou d'un décès par suicide ultérieur, comme chez l'adulte jeune.

Plusieurs facteurs cliniques de risque suicidaire ont été identifiés à cet âge, dont le plus important est l'existence d'un trouble psychiatrique²⁷. Même si les facteurs cliniques de risque suicidaire sont identiques entre les sujets âgés et très âgés²⁸, leur prévalence tend à augmenter avec l'avancée en âge²⁹. Dans la plupart des études faites avec la méthode de reconstruction psychologique (autopsie psychologique), environ 90 % des suicidés âgés souffraient d'une maladie psychiatrique.

Comme chez la personne jeune mais avec une fréquence plus élevée (60 à 90% des cas), la dépression majeure est le trouble psychiatrique le plus fortement associé au suicide abouti³⁰, et aux tentatives de suicide de la personne âgée³¹. La dépression constitue, d'autant plus si elle est sévère, le plus gros pourvoyeur d'idées suicidaires³² et de suicides aboutis.

Les autres troubles psychiatriques constatés étaient l'alcoolisme (entre 5% et 45% selon les études, Waern et al., 2003) et les troubles psychotiques (entre 5% et 15% selon les études). Les troubles anxieux et l'abus ou la dépendance à l'alcool augmentent le risque de décès par suicide chez les personnes âgées³³.

Toutefois, la consommation de substances psycho-actives est moins fréquente chez cette dernière par rapport aux suicidés d'âge moyen ou jeune³⁴.

Dans l'étude la plus récente, l'abus d'alcool était retrouvé chez 26 % des suicidés âgés contre 4% dans la population contrôle du même décédé d'une autre cause que le suicide³⁵. Le passage à l'acte suicidaire s'observe lors de raptus anxieux. Comme chez l'adulte jeune, l'adulte âgé décrit une impulsion autodestructrice. Les troubles anxieux ne sont pas rares chez les personnes âgées. Ils peuvent être masqués par une consommation excessive de psychotropes

²⁷ Hawton et van Heeringen, 2009

²⁸ Paraschakis et al., 2012

²⁹ Conwell et al., 1991; Preville et al., 2005b

³⁰ Turvey et al., 2002a; Waern et al., 2003; Blow et al., 2004

³¹ Alexopoulos et al., 1999; Bartels et al., 2002

³² Links et al., 2011 ; Bostwick et Pankratz, 2000

³³ Szanto et al., 2001, Turvey et al., 2002b, Waern et al., 2003, Blow et al., 2004

³⁴ Waern, 2003, Szanto et al., 2001, Blow et al., 2004

³⁵ Morin et al., 2013

et/ou d'alcool. Ils sont souvent associés à la dépression et augmentent alors notablement le risque de suicide.

La dépression

Il faut insister sur le fait que la dépression qui est fréquente chez les personnes âgées (prévalence de 10% parmi la population âgée) est très souvent non diagnostiquée et non (ou insuffisamment) traitée.

Parfois le diagnostic de dépression est difficile en raison de tableaux atypiques ou les affects dépressifs sont à l'arrière-plan et remplacés par des plaintes somatiques. Les plaintes douloureuses au premier plan ou les attitudes de refus de soins ou de traitement ou le refus de manger doivent inciter à rechercher un état dépressif sous-jacent.

Ces constatations plaident en faveur d'une amélioration du repérage des cas de dépression du sujet âgé et pourrait constituer un axe important de la prévention du suicide pour cette classe d'âge. La réduction des idées et des comportements suicidaires passe par un traitement efficace de la dépression des patients âgés³⁶. La prescription d'antidépresseur a été associée à une réduction du risque suicidaire³⁷.

Chez les personnes âgées, cette prescription obéit aux mêmes règles que chez le sujet d'âge moyen mais il faut être vigilant à l'égard des pathologies somatiques comorbides. Les effets secondaires spécifiques à chaque antidépresseur orienteront le choix de la molécule.

On évite les tricycliques et les molécules trop sédatives. La durée de prescription sera suffisamment longue (2 ans), en commençant par une posologie réduite qui sera augmentée jusqu'à des posologies similaires aux sujets plus jeunes en l'absence de contre-indication. En effet, la dépression est une maladie qui se soigne et se guérit dans toutes les populations, y compris chez les personnes âgées³⁸. Bien que les études de corrélation n'aient pas permis d'établir un rapport de causalité entre la prescription d'antidépresseurs et la prévention du suicide, elles ont souligné qu'un accès à un traitement efficace contre la dépression se traduit par moins de décès par suicide³⁹. La prescription d'antidépresseur a été associée à une réduction du risque suicidaire⁴⁰. L'utilisation d'antidépresseur est sûre chez le sujet âgé⁴¹.

Il est par contre reconnu qu'un traitement antidépresseur insuffisant (en dosage ou en durée) est un facteur de risque de rechute dépressive. En France, pour 81% des patients, le traitement antidépresseur est pris pendant moins de 6 mois, les facteurs de mauvaise observance sont les schémas thérapeutiques complexes, les effets indésirables, une mauvaise compréhension des symptômes, le manque de support familial et la stigmatisation de la dépression.

La prescription d'antidépresseur a été associée à une réduction du risque suicidaire⁴².

Les éléments de vulnérabilité psychologique à la dépression

Chez les personnes âgées, la dynamique dépressive se joue sur plusieurs tableaux, dont :

- Une propension personnelle à la dépression tout au long de la vie qui ne doit jamais être négligée, surtout s'il y a déjà eu des antécédents familiaux de suicide ;
- Un sentiment d'inutilité, notamment chez les personnes qui ont essentiellement investi leurs rôles familiaux et professionnels n'ont pas d'engagements communautaires (associatifs,

³⁶ Gibbons et al., 2012, Alexopoulos et al., 2009

³⁷ Leon, 2007, Barbui et al., 2009

³⁸ Gallo et al 2013

³⁹ Gibbons et al., 2005

⁴⁰ Leon, 2007, Barbui et al., 2009

⁴¹ Coupland et al 2013

⁴² Leon, 2007, Barbui et al., 2009

militant, etc.). Car l'appartenance à un groupe que l'on investit et, surtout, où on a le sentiment d'être investi, constitue un renfort narcissique de l'identité ;

- Un climat sociétal latent de stigmatisation, avec des propositions publiques du type : interdiction de conduire, retrait du droit de vote, etc. Des discriminations (âgisme rampant ou manifeste ?) qui peuvent même s'observer en famille avec un droit à la parole, certes, mais à condition d'être bref, sinon l'écoute risque de cesser.

Les troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité moins bien documentés, semblent associés au risque suicidaire chez les personnes âgées, en particulier les traits de personnalité qui inhibent l'ouverture aux expériences nouvelles, sentiments de désespoir et de solitude, anxiété et traits obsessionnels, réticence à exprimer ses émotions aux autres et faible capacité de recherche d'aide⁴³. Les personnes âgées présentent peu de trouble de la personnalité du cluster B du DSM-IV, comparativement aux personnes d'âge jeune⁴⁴.

Même si une étude a rapporté des niveaux plus élevés d'agressivité chez les suicidés âgés en comparaison de sujets contrôles sains⁴⁵, les niveaux d'impulsivité et d'agressivité tendent habituellement à décroître avec l'âge⁴⁶. Ils sont moins prononcés que chez les jeunes suicidés et se limitent aux aînés les plus jeunes. Ainsi, le rôle des traits de personnalité pathologiques pourrait être moins important à un âge avancé.

Les maladies physiques

La maladie somatique⁴⁷, notamment quand elle est source de handicap ou de douleurs⁴⁸, et l'isolement social ou affectif⁴⁹ participent aussi au risque de conduites suicidaires à cet âge de la vie.

Cependant le lien de causalité entre maladie somatique et suicide n'est pas clair. Les douleurs pourraient être cause d'une dégradation de la qualité de vie et être source de dépression. Quelle qu'en soit son origine, la douleur doit être systématiquement recherchée chez le sujet âgé, correctement traitée et réévaluée. Certains actes suicidaires résultent du sentiment de désespoir que la douleur n'a pas été prise en compte par les soignants ou l'entourage.

La réduction d'autonomie, surtout si elle est récente ou rapide peut également être à l'origine d'une réaction dépressive parfois banalisée et conduire à de gestes suicidaires.

L'isolement sensoriel (olfaction, vision, audition) joue également un rôle néfaste⁵⁰. Certains auteurs considèrent que la survenue de la dépression est le facteur déterminant à l'origine du suicide au cours de la maladie somatique.

La fragilité

La dépression est un critère de fragilité chez les personnes âgées. Celle-ci est définie par des marqueurs cliniques tels que la dénutrition, diminution de la vitesse de marche, sarcopénie, troubles de la marche et de l'équilibre), psychiques (dont la dépression).

Mais la fragilité est plurifactorielle associant également des facteurs cognitifs et socio-environnementaux (faibles revenus et isolement).

Cette fragilité constitue un risque indépendant de survenue de dépendance, de pathologie en cascade ou de mortalité.

⁴³ Conwell and Thompson, 2008, Duberstein et al., 1994

⁴⁴ Harwood et al., 2001

⁴⁵ Conner et al., 2004

⁴⁶ McGirr et al., 2008

⁴⁷ Harwood et al., 2006, Paraschakis et al., 2012

⁴⁸ Szanto et al., 2001, Dombrovski et al., 2008b, Hawton and van Heeringen, 2009

⁴⁹ (Szanto et al., 2001, Turvey et al., 2002b, Waern et al., 2003, Blow et al., 2004

⁵⁰ Gunnell D et coll 1994

Les troubles cognitifs

La démence est également associée à des symptômes neuropsychiatriques tels que la dépression, la psychose et l'anxiété, qui ont été eux-mêmes identifiés comme des facteurs de risque de suicide. Bien que le risque de démence augmente avec l'âge⁵¹, le rôle de celle-ci comme un facteur de risque indépendant de suicide n'est pas bien compris et demeure complexe et mal élucidé⁵². Le diagnostic de démence favoriserait le risque de passage à l'acte suicidaire⁵³, surtout au début de la maladie démentielle⁵⁴, dans les six mois suivant le diagnostic⁵⁵, et plus fréquemment dans le cas d'une démence fronto-temporale que dans celui d'une maladie d'Alzheimer ou encore d'une démence vasculaire⁵⁶. Le passage à l'acte suicidaire apparaîtrait en présence de difficultés dans la vie quotidienne alors même que l'insight serait préservé⁵⁷ et en présence d'une symptomatologie dépressive ou psychotique ou d'un sentiment de désespoir⁵⁸. Il est important de citer la démence, même si la littérature est pauvre sur le sujet. Ce sont des cas rapportés d'hommes, actifs, de hauts niveaux, ayant accès à des armes à feu notamment et présentant des idées dépressives à l'annonce diagnostique⁵⁹.

Dans le cadre de l'acte suicidaire, la surmortalité liée à l'âge peut être mise en lien avec l'altération des fonctions cognitives et plus précisément des fonctions exécutives. Il est évoqué soit des difficultés à changer de registre mental (diminution de la flexibilité cognitive) mais plus encore l'altération de l'inhibition cognitive. Le sujet est dans l'incapacité d'inhiber l'augmentation des idées suicidaires intrusives (« impasse cognitive »).

Plusieurs études ont mis en évidence de moins bonnes performances exécutives (inflexibilité mentale réactive et conceptuelle, diminution de la fluence verbale et des capacités de catégorisation) des suicidants en comparaison de témoins affectifs chez la personne d'âge moyen⁶⁰ et âgée⁶¹.

Les résultats sont contradictoires dans des populations de suicidants hétérogènes au plan diagnostique⁶². Le dysfonctionnement exécutif était d'autant plus important que la létalité de la tentative de suicide était importante⁶³. Chez les personnes âgées, le déficit exécutif des suicidants persistait indépendamment de la sévérité de la dépression, de l'effet de substances psycho-actives ou de l'exposition à des psychotropes⁶⁴. Ces troubles cognitifs faciliteraient le risque suicidaire. Par exemple, l'inflexibilité mentale pourrait expliquer la difficulté du suicidant à générer des solutions alternatives face à l'adversité, et avoir une moins bonne capacité à générer des mots et des informations rendrait compte de sa plus grande difficulté à verbaliser la douleur psychique.

Chez les personnes âgées déprimées, un déficit des fonctions d'accès, de suppression et de freinage de l'inhibition cognitive a été mis en évidence chez des patients qui avaient réalisé une tentative de suicide par rapport à des contrôles affectifs et à des témoins sains⁶⁵. Un déficit de l'inhibition cognitive ne limiterait pas l'intrusion des idées suicidaires, parasitant le

⁵¹ Matthews and Brayne, 2005

⁵² Rubio et al., 2001, Peisah et al., 2007

⁵³ Erlangsen et al., 2006, Erlangsen et al., 2008, Purandare et al., 2009, Haw et al., 2009, Wiktorsson et al., 2010

⁵⁴ Conner et al., 2007, Upadhyaya et al., 1999

⁵⁵ Erlangsen et al., 2008

⁵⁶ Haw et al., 2009

⁵⁷ Purandare et al., 2009

⁵⁸ Purandare et al., 2009

⁵⁹ Lim et coll 2005

⁶⁰ (Keilp et al., 2001, Keilp et al., 2008, Marzuk et al., 2005, Raust et al., 2007, Malloy-Diniz et al., 2009

⁶¹ (Dombrovski et al., 2008a, King et al., 2000, McGirr et al., 2011

⁶² (Bartfai et al., 1990, Burton et al., 2011, Ellis et al., 1992

⁶³ Keilp et al., 2001

⁶⁴ (Dombrovski et al., 2008a

⁶⁵ Richard-Devantoy et al., 2012

fonctionnement de la mémoire de travail. Il faciliterait le développement de la crise suicidaire par le biais d'un manque de régulation de l'état émotionnel.

Il a aussi été mis en évidence une prise de décision désavantageuse chez le sujet âgé suicidant⁶⁶, suggérant que les anomalies de prise de décision peuvent être un facteur cognitif de vulnérabilité suicidaire à tout âge.

Ces données suggèrent que la personne avec une vulnérabilité suicidaire est plus à risque de guider ses choix en fonction des événements immédiats, et non d'apprendre des expériences passées pour guider ses choix ultérieurs vers une perspective au long cours. Le suicide n'est pas un choix, mais une absence de choix. La personne suicidaire est dans une impasse cognitive et n'entrevoit plus d'autres solutions que le suicide pour faire face à une situation difficile qu'elle juge désespérée.

>>>Facteurs de risque secondaires

La description des facteurs de risque suicidaire a fait l'objet d'une revue exhaustive⁶⁷. Par rapport aux suicidés d'âge moyen, les suicidés âgés vivent plus souvent de sexe masculin, seuls⁶⁸, sont divorcés, séparés ou veufs⁶⁹. Ils vivent plus souvent en milieu rural (les régions Bretagne, Normandie, Picardie, Centre, Limousin, Bourgogne sont particulièrement touchées

D'autres facteurs, moins bien documentés, semblent associés au risque suicidaire à cet âge. Les situations de transition sont à risque comme le passage à la retraite car il est source de perte de statut social, de perte de contacts et de relations professionnels, et de diminution des ressources financières ou sur les changements d'environnement comme l'entrée en maison de retraite ou l'admission à l'hôpital. En particulier, les 3 mois qui suivent l'entrée en résidence pour personnes âgées sont particulièrement sensibles.

L'isolement dans toutes ses formes en particulier désafférentation sensorielle, les problèmes familiaux, la maltraitance est facteur de risque de suicide.

Nous signalerons également le risque lié à la survenue d'événements de vie négatifs : une séparation, un deuil en particulier le veuvage ou la perte d'un enfant, les conflits interpersonnels et familiaux,⁷⁰ mais aussi l'annonce ou la rechute d'une maladie grave, une perte d'autonomie brutale, des facteurs financiers négatifs comme la pauvreté. Enfin la discrimination négative à l'égard des personnes âgées et de la vieillesse pourrait jouer un rôle dans la détermination suicidaire.

Différents travaux ont montré qu'un accès aux moyens létaux augmente le risque de suicide et qu'à l'inverse, la restriction de l'accès à ces moyens est associée à la diminution des taux de suicide.

La législation du contrôle des armes à feu, la restriction de la vente des pesticides, la détoxification du gaz domestique, les restrictions des prescriptions et des ventes de barbituriques, la modification des emballages d'analgésiques, l'utilisation de nouveaux antidépresseurs moins toxiques, et l'utilisation obligatoire de convertisseurs catalytiques dans les moteurs de véhicules ont contribué à réduire les taux de suicide⁷¹. Il faut ainsi évaluer avec le patient et son entourage la possibilité de réduire l'accès aux moyens létaux disponibles.

⁶⁶ Clark et al., 2011, Dombrovski et al., 2011, Courtet et al., 2011, Wyart et al., 2009

⁶⁷ Fässberg et al 2012

⁶⁸ Pompili et al., 2008, Preville et al., 2005b

⁶⁹ Pompili et al., 2008, Harwood et al., 2006, Preville et al., 2005b

⁷⁰ Waern et al., 2003, Preville et al., 2005a)

⁷¹ Mann et al., 2005

Facteurs protecteurs

Les facteurs sociaux et environnementaux peuvent également jouer un rôle protecteur. Plusieurs expériences ont montré le rôle protecteur de la solidarité, l'existence d'un soutien familial et social de bonne qualité, le fait d'avoir des enfants, des relations amicales. Turvey et al. (2002) ont montré que les personnes âgées qui avaient plus d'amis et de famille à qui se confier étaient moins susceptibles de mettre fin à leurs jours que ceux qui étaient dépourvus d'entourage. Certains auteurs soulignent également l'importance des capacités de résilience c'est-à-dire les capacités des personnes âgées à faire face à l'adversité. La spiritualité est également un facteur protecteur de la dépression (Ladoucette)

C. Conséquences du suicide dans l'entourage et interventions

L'entourage peut s'entendre comme familial, amical, professionnel, voire institutionnel. Souvent envisagé sous l'angle du « fardeau », l'accompagnement d'une personne ayant besoin d'aide à l'autonomie suppose des ajustements systémiques parfois lourds.

Plus généralement, le rôle de l'entourage dans le processus suicidaire est très largement admis. Cependant peu de recherches empiriques ont été menées, mais nous pouvons citer entre autres les travaux du docteur Hanus et du docteur J-C Oualid, ou bien encore au Québec ceux du professeur Brian L. Mishara.

L'hypothèse qu'une action très concrète est nécessaire et qu'il serait possible de diminuer le risque suicidaire en mobilisant les ressources est elle aussi généralement admise. L'information, la formation et l'appui offert aux proches peuvent contribuer à leur redonner la force et les outils nécessaires, et les inciter à aider davantage et de façon plus efficace la personne en détresse.

Sous l'angle de la postvention, nous pouvons souligner la valeur potentiellement traumatique de l'acte lui-même pour ceux qui en sont les témoins ou les découvreurs, la complexité accrue du deuil liée à une éventuelle incompréhension du passage à l'acte, et l'impact à différents degrés, d'entourage en entourage, selon ce que nous pouvons qualifier de degré de proximité, qui oblige à ne pas systématiquement circonscrire la postvention aux « proches ».

Les comportements suicidaires sont beaucoup plus fréquents dans les familles qui ont connu un suicide. Dans ces familles où quelqu'un s'est tué ou a tenté de se donner la mort, la transgression rend possible le geste suicidaire au cours de l'existence, la proximité affective rendant l'acte encore plus attractif en cas de mal de vivre. Une personne qui se tue ou manque de se tuer ouvre toujours une brèche pour les autres et les rend plus vulnérables. Les conséquences de l'acte peuvent se répercuter sur plusieurs générations. De plus, la culpabilité, le regret de n'avoir su faire le geste ou dire la parole qui aurait empêché l'acte rongent les survivants.

Enfin, concernant le public âgé, soulignons l'importance au titre des facteurs de risques de la première année de veuvage, et le fait qu'un veuvage par suicide pourrait être un facteur aggravant.

Interventions pour l'entourage

La souffrance de personnes endeuillées peut mettre en péril leur santé physique et psychologique. Tenant compte des trois plans sur lesquels un suicide se répercute, traumatisme, culpabilité et honte, l'accompagnement de l'entourage peut se concevoir comme:

1. Favoriser l'évocation par la personne endeuillée des éléments objectifs du suicide.
2. Aborder le lien avec le disparu et travailler à le réaménager.

3. Repérer le deuil pathologique (déli, rationalisation) et le mode de réorganisation de la dynamique familiale, ou, en institution, les dynamiques de groupe.
4. Être attentif à prévenir les effets transgénérationnels (en particulier le secret) et faciliter la circulation de la parole.

Synthèse :

Le suicide est en général précédé d'une phase de plusieurs semaines appelée crise suicidaire au cours de laquelle il est souvent possible de repérer les idées suicidaires et de prévenir le passage à l'acte.

Les principaux facteurs de risque sont le vécu d'isolement, la dépression (parfois associée à des conduites addictives à l'alcool ou autres psychotropes) et le désespoir, ainsi que la mauvaise condition physique. Les situations de rupture (déménagement, deuil...) favorisent le risque suicidaire.

La bonne santé physique et psychique ainsi que le soutien social joue un rôle protecteur fort vis-à-vis du risque suicidaire chez les personnes âgées.

L'entourage de la personne âgée qui se suicide subit un traumatisme psychologique et doit bénéficier d'un accompagnement.

Ainsi, les interventions de prévention du suicide se situent à trois niveaux :

Repérer et réduire les facteurs de risque/Renforcer les facteurs protecteurs,

Prendre en charge la crise suicidaire (accueil et suivi des suicidants),

Accompagner et suivre les suicidaires et les endeuillés (postvention).

D. Modalités de prévention : analyse de la littérature

Analyse de la littérature

L'analyse de la littérature révèle que deux types d'interventions s'avèrent majeurs pour réduire le taux de suicide des personnes âgées :

-celles visant à réduire les facteurs de risque : en améliorant notamment le diagnostic et le traitement de la dépression et en luttant contre l'isolement des personnes,

-celles visant à augmenter les facteurs protecteurs en favorisant le Bien Vieillir, c'est-à-dire la qualité de vie.

Elles concernent plusieurs niveaux d'intervention : prévention universelle ou sélective, et s'adressent à différents publics : les professionnels accompagnant, le grand public ou les personnes âgées elles-mêmes.

Les interventions visant à réduire les facteurs de risque de suicide

Si l'on considère les interventions par classe d'âge, il apparaît dans les références présentées par la revue écossaise de la littérature⁷² et par celle de Du Roscoät et Beck⁷³ publiée en 2013 que seulement 3 études se sont spécifiquement intéressées aux personnes âgées de 65 ans et plus⁷⁴. D'autres éléments sont disponibles parmi les tranches d'âge les plus élevées d'études portant sur les 25-65 ans⁷⁵.

⁷² Leitner & al., 2008

⁷³ Du Roscoät et Beck 2013

⁷⁴ Barak et al 2006, De et al 1995, Oyama et al., 2004, 2006

⁷⁵ Bruce et al 2004 ; Kugaya et al 1999 ; Lapierre 1991 ; Oyama et al., 2004, 2006 ; Ripamonti et al., 1999

En conclusion, seulement 8 études sont disponibles dans la littérature scientifique et 7 interventions évaluées. Parmi ces interventions, 2 ont été menées auprès de la population générale, 1 auprès des professionnels de santé et 4 auprès d'une population souffrant de pathologies (dépression et cancer).

Les interventions menées auprès de la population générale⁷⁶ ont toutes les deux montré des effets positifs en réduisant les taux de suicide.

La première intervention visait à rompre l'isolement de personnes âgées vivant en milieu rural, dans la région de Padoue (Italie). Elle consistait à équiper ces personnes isolées (18 600 personnes vulnérables), durant 11 années, d'un service téléphonique comprenant deux options : une option d'appel (« télé-help »), à utiliser en cas de besoin, et une option de suivi (« télé-check ») qui consistait à contacter les personnes âgées deux fois par semaine pour s'assurer qu'elles allaient bien ou n'avaient besoin de rien. Ce programme de rupture de l'isolement a montré son efficacité, notamment auprès des femmes⁷⁷.

La deuxième intervention était un programme de prévention du suicide des personnes âgées au Japon en milieu rural. Elle visait à l'information de ces personnes sur la dépression, à son repérage par auto-évaluation et sa prise en charge médicale et sociale. Pour cela, des sessions collectives d'information étaient organisées avec le concours des mairies et les personnes qui y étaient présentes étaient amenées à remplir une échelle diagnostique de dépression. Les personnes repérées comme étant potentiellement dépressives étaient ensuite orientées vers une prise en charge médicale (MG & psychiatres). De plus, des activités physiques et sociales leur étaient proposées par des bénévoles. Les auteurs qui ont fait une évaluation du programme chez environ 13 000 personnes de plus de 65 ans ont observé une réduction de 76% du taux de suicide (de 318/100 000 à 79/100 000) chez les femmes durant les huit années d'application du programme. Aucun changement du taux de suicide n'a toutefois été noté pour les hommes⁷⁸.

L'intervention menée auprès des professionnels de santé⁷⁹ consistait à équiper les médecins généralistes d'un guide de traitement des personnes âgées dépressives. Cette évaluation portait sur un groupe de 598 patients dépressifs (EDM), dont une moitié consultait les médecins équipés du guide et une autre moitié des médecins ne bénéficiant pas du guide. Les résultats ont montré une réduction significativement plus rapide des pensées suicidaires chez les patients ayant bénéficié du guide.

En ce qui concerne le traitement de la dépression, parmi les 4 interventions évaluées portant sur des personnes souffrant d'une pathologie, 3 ont montré l'efficacité des traitements antidépresseurs sur des patients dépressifs de plus de 60 ans⁸⁰ dont un groupe en phase terminale de cancer⁸¹. La première étude montrait un effet positif de la Sertraline sur les pensées suicidaires, la deuxième une relation entre traitement au SSRIs et diminution des tentatives de suicide, et la dernière un effet positif d'un traitement par antidépresseurs « tricycliques » sur les pensées suicidaires de personnes dépressive en phase terminale de cancer.

La 4ème intervention portant sur une large population (17 964 personnes) de personnes en phase terminale de cancer, a observé un lien positif entre le suicide (moins de suicides) et une offre de soins palliatifs à domicile proposée par une équipe soignante.

⁷⁶ De Leo et al 1995 ; Oyama et al., 2004, 2006

⁷⁷ De Leo et al., 2002

⁷⁸ Conwell and Cailting, 2008

⁷⁹ Bruce et al 2004

⁸⁰ Lapierre 1991 ; Barak et al 2006

⁸¹ Kugaya et al 1999

Les études publiées concernant les personnes « âgées » reportent toutes des résultats positifs. On peut y voir bien sûr un biais de publication (tendance à ne publier que des résultats, c'est-à-dire des effets significatifs) d'autant plus que les publications consacrées à la prévention chez les personnes âgées sont rares (8 dans la revue de littérature qui nous sert de référence).

De façon générale, les interventions efficaces semblent cibler les besoins spécifiques des personnes âgées⁸², à travers :

- l'offre de service de soins médicaux spécialisés (traitement de la dépression et de la douleur (soins palliatifs)). En particulier, la détection et la prise en charge de la dépression (par des praticiens recevant une formation ciblée sur cette affection ou par des campagnes d'information et de détection grand public également ciblées sur cette affection) s'avèrent particulièrement pertinentes.

- des interventions visant à réduire l'isolement géographique et social des personnes âgées (en particulier par la mise à disposition de numéro de téléphone d'urgence et un service de suivi par le biais de contacts téléphoniques réguliers.

Interventions visant à augmenter les facteurs protecteurs

Concernant la promotion de la santé mentale, certaines interventions validées visent la prévention de l'isolement social et de la solitude (INPES 2012), notamment via des groupes de discussion (études d'Andersson). Cette méthode s'adresse à des femmes volontaires vivant seules qui attendent une place en appartement résidentiel pour seniors. L'intervention se déroule dans des centres de quartiers sous forme de séances de groupe permettant d'aborder différents sujets de santé. Cette méthode permet de réduire le sentiment de solitude.

Une autre intervention validée consiste à pratiquer des activités physiques sur le long terme, accompagnées de séances d'éducation au sujet de la santé et menées dans des centres de quartiers (Aging Well and Healthily). Ce programme montre une réduction du sentiment de solitude. Une autre intervention validée consiste à pratiquer du counseling auprès de personnes âgées qui viennent de perdre leur conjoint(e) en prévention d'une dépression potentielle (études de Caserta ; de Lund). Des groupes d'entraide sont organisés dans des centres communautaires ou des bibliothèques municipales ; ils sont menés soit par des professionnels, soit par des pairs qui ont réussi à faire leur deuil. Ces programmes permettent de réduire l'isolement social, ainsi que le sentiment de solitude.

Plusieurs méthodes prometteuses visent la promotion des compétences psychosociales ou le renforcement des fonctions cognitives. Par exemple, certaines activités physiques sont prometteuses pour promouvoir le bien-être mental, en particulier le Tai Chi⁸³ ou la marche (SHAPE project: Senior Health And Physical Exercise).

Ces programmes d'exercices réguliers sont réalisés au niveau de la communauté et conviennent à une population sédentaire sans incapacité physique particulière. Ils montrent une amélioration de l'estime de soi et de la santé mentale ; des effets bénéfiques peuvent aussi être observés sur la satisfaction de vie.

Une autre catégorie d'intervention prometteuse pour promouvoir le bien-être mental est multimodale en associant une éducation sur les comportements de santé ; du counseling au sujet de l'alcool, tabac et nutrition ; ainsi que des activités physiques (étude de Wallace). Cette méthode permet d'améliorer la qualité de vie, notamment au niveau des fonctions physiques et

⁸² Du Roscoät et Beck 2013

⁸³ études de Kutner ; de Li

psychosociales. Une autre série d'interventions est également prometteuse via diverses activités physiques pour renforcer les fonctions cognitives (études de Moul ; de Fabre).

L'ajout d'un entraînement spécifique de la mémoire est possible (méthode d'Israël). Ces études montrent respectivement une amélioration des fonctions cognitives soit de la mémoire verbale et des fonctions exécutives, soit de l'attention auditive.

Une dernière catégorie prometteuse pour renforcer les fonctions cognitives consiste à donner une supplémentation en multivitamines et minéraux à un public à risque de maladies chroniques (étude de Durga) ou à un public tout venant (étude de Chandra St Jonh's). Cette méthode permet d'améliorer globalement les fonctions cognitives ; en particulier la mémoire, la vitesse de traitement et la vitesse sensorimotrice.

Synthèse

L'analyse de la littérature révèle que deux types d'interventions s'avèrent majeurs pour réduire le taux de suicide des personnes âgées :

1) celles visant à réduire les facteurs de risque : en améliorant le diagnostic et le traitement de la dépression et en luttant contre l'isolement des personnes. Les interventions de proximité visant à prévenir le risque de suicide de la personne âgée apparaissent également bénéfiques. Comme le montre l'étude de DeLeo (2002), les interventions visant à rompre l'isolement des personnes âgées par le biais d'un service téléphonique (avec option d'appel par les personnes et option de suivi par des professionnels ou des bénévoles formés) s'avèrent très prometteuses. Ce type d'intervention met en évidence l'importance de l'entourage, des contacts et des services de proximité dans la prévention du suicide de la personne âgée.

2) celles visant à augmenter les facteurs protecteurs en favorisant le Bien Vieillir, c'est-à-dire la qualité de vie.

Il est nécessaire de poursuivre la recherche afin de développer et d'évaluer des interventions de prévention du suicide chez les personnes âgées.

La prévention du suicide : l'état des lieux en France

1. Plans, rapports

La qualité de vie des personnes âgées est au cœur des politiques publiques menées ; ces dernières visant un « vieillissement réussi pour le plus grand nombre »⁸⁴.

Ainsi les mesures proposées au sein des différents plans gouvernementaux de ces dernières années contribuent à la promotion de la bonne santé physique et psychique des personnes âgées, ainsi qu'à l'amélioration de leur environnement de vie par le développement d'actions de prévention⁸⁵.

Cette logique préventive suppose une approche globale (médicale, psychologique, sociale, environnementale) et il est en particulier précisé l'objectif d'« améliorer la prévention, le dépistage et les soins des troubles psychiques d'apparition courante au moment du vieillissement (troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du sommeil...) qui sont largement banalisés, sous diagnostiqués et sous traités »⁸⁶.

La lutte contre l'isolement et la prévention du risque suicidaire des personnes âgées sont actuellement au cœur des réflexions et il est attendu des différents groupes de travail (le groupe de travail « Monalisa »⁸⁷ et le présent Comité Nationale de la Bienveillance et des Droits) qu'ils proposent des pistes d'actions concrètes pour une amélioration des pratiques professionnelles. Suite à la reconnaissance du suicide comme problème de santé publique dans le courant des années 1990, une politique publique spécifique de prévention a été mise en place. Des pistes d'actions en faveur de la prévention du suicide des personnes âgées ont déjà été proposées au sein de différents rapports nationaux. Le Comité se propose de les rappeler ci-après, afin de garantir une cohérence et une continuité dans ses propositions.

Après un premier plan lancé en 1998, la « **Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005** » s'est articulée autour de quatre axes prioritaires d'intervention :

- favoriser le dépistage de la crise suicidaire,
- diminuer l'accès aux moyens létaux,
- améliorer la prise en charge des suicidants,
- approfondir la connaissance épidémiologique.

L'évaluation de la « Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 » a mis en évidence l'ampleur et la diversité des actions développées dans ce cadre. La prolongation des actions de la Stratégie 2000-2005 a été inscrite dans l'axe 4.1 « Dépression et suicide » du **plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008**.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe dans son annexe un objectif quantifié de réduction du nombre des décès par suicide, d'environ 12 000, à moins de 10 000 cas par an à l'horizon 2008.

>> Évaluation des résultats des programmes régionaux de santé en France (PRS) : le cas des PRS de prévention du suicide 2006

⁸⁴ « Plan national Bien vieillir 2007-2009 ».

⁸⁵ « Plan Alzheimer 2008-2012 », le rapport « Vieillesse et santé mentale : un état des lieux en 2007 » « Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 »...

⁸⁶ Rapport « Vieillesse et santé mentale : un état des lieux en 2007 » Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports 2008.

⁸⁷ Monalisa : Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés

Dans l'étude de la FNORS (2006)¹⁸ qui constate la diminution globale du taux de suicide pour les régions ayant un programme régional de santé (PRS) spécifique sur le suicide par rapport à celles qui n'ont pas fait de PRS sur cette thématique. En revanche, les programmes concernant spécifiquement les personnes âgées ne sont pas évoqués.

>> Rapport du comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration pour la politique de prévention du suicide (Mars 2009)

Le comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration de la politique de prévention du suicide a été installé par Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, le 30 juin 2007.

En 2008, la ministre chargée de la santé a confié à David Le Breton, sociologue, la présidence d'un comité de pilotage, composé d'experts et de partenaires institutionnels et associatifs. Ce comité a abordé le problème du suicide dans sa globalité, de la prévention à l'accompagnement et au suivi des suicidants et à la « postvention ».

Ce Programme aborde le problème du suicide dans son ensemble, de la prévention de la souffrance psychique, à la réduction de l'accès aux moyens létaux, aux actions de postvention auprès de l'entourage endeuillé, grâce à des leviers d'actions variés. Il traite, en particulier, des environnements jugés préoccupants (milieu du travail, milieu carcéral, milieu rural) et vise des populations spécifiques (jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité). Ce programme implique la mobilisation d'un nombre important d'institutions (ministères et opérateurs) et de partenaires associatifs de secteurs différents (travail, justice, éducation, sanitaire, social...), tant au niveau local que national. Il comporte 49 mesures regroupées en six axes :

- Axe 1 : le développement de la prévention et de la postvention,
- Axe 2 : l'amélioration de l'accompagnement et du suivi des personnes en risque suicidaire et de leur entourage,
- Axe 3 : l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide,
- Axe 4 : la formation des professionnels,
- Axe 5 : le développement des études et de la recherche,

Concernant les personnes âgées, le groupe avait formulé les préconisations d'actions suivantes :

1. Améliorer les connaissances

- *Développer une meilleure connaissance quantitative et qualitative des itinéraires (« autopsie psychologique » ou reconstruction psychologique) lors des suicides ;*
- *Instaurer un programme de recherche et d'évaluation des actions. Plusieurs interventions décrites dans la littérature s'avèrent prometteuses et mériteraient d'être évaluées en France telles que :*
 - o *l'intervention visant à rompre l'isolement des personnes âgées ;*
 - o *L'intervention visant à informer les personnes âgées sur la dépression ;*

2. Informer et communiquer

- *Informers le grand public sur les troubles mentaux en particulier la dépression chez les personnes âgées ;*
- *Promouvoir la coopération sur le sujet du suicide avec les médias ;*

3. Promouvoir la santé

· Développer et promouvoir des programmes de prévention portant sur le bien-vieillir à la fois physique et psychique pour les personnes âgées ;

4. Améliorer le repérage et le suivi

· Renforcer les actions de formation de tous les professionnels en contact avec les personnes âgées ou bénévoles au repérage de la crise suicidaire à cet âge, à l'accompagnement des endeuillés après suicide ;

· Renforcer les actions de formation des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge des facteurs de risque chez la personne âgée ; La sensibilisation et la formation des professionnels à la détection et à la prise en charge des états dépressifs pourraient être également développées dans des services de soins spécialisés dans lesquelles leurs patients âgés sont suivies pour d'autres pathologies ;

· Poursuivre la formation des spécialistes (psychiatres et psychologues).

· Développer et diffuser des outils à destination des professionnels (par exemple le guide de la bien-traitance en EHPAD) ;

· Développer des équipes d'interventions psycho-gériatriques au sein des filières de soins gérontologiques ;

· Accroître l'accessibilité à des consultations spécialisées pour les personnes âgées ayant des troubles psychiatriques et un risque suicidaire ;

· Soutenir les membres de la famille endeuillée ;

5. Limiter l'accès aux moyens létaux

Armes à feu, substances toxiques...

C'est sur la base du rapport⁸⁸ de ce comité de pilotage que le « Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 » a été élaboré en partenariat avec les ministères concernés.

>> Programme National contre le Suicide 2011-2014 (septembre 2011)

Les réflexions engagées dans le cadre de ce programme national ont permis de dégager des pistes d'amélioration pour la politique nationale de prévention du suicide. La question du suicide y est traitée en termes de prévention mais aussi de prise en charge des personnes ou de postvention.

En ce qui concerne les actions de prévention, elles ne visent pas seulement à empêcher le geste suicidaire mais, plus en amont, à limiter et mieux prendre en charge la souffrance psychique des individus.

Ce programme s'adresse à toute la population, tout en prenant en compte les spécificités des différentes périodes de la vie.

C'est ainsi qu'au sein de « l'Axe I : Développement de la prévention et de la postvention », plusieurs mesures sont déclinées spécifiquement aux personnes âgées.

Il s'agit des mesures suivantes :

>Mesure 3 : Prévenir l'isolement social et la détresse psychologique

⁸⁸ Rapport du comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration pour la politique de prévention du suicide, mars 2009

Action 10 : Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant à prévenir l'isolement social chez les personnes âgées

>Mesure 4 : Renforcer la prévention du suicide auprès des personnes âgées

Action 14 : Améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression chez le sujet âgé

>Mesure 5 : Soutenir les personnes et les équipes endeuillées par le suicide

Action 17 : Élaborer des documents visant à sensibiliser les professionnels sur le risque suicidaire chez les sujets de 65 ans et plus

>> Rapport Aquino rendu suite aux travaux du « Comité Avancée en âge : prévention et qualité de vie » (Mars 2013)

Le plan d'action proposé au sein de ce rapport a pour ambition de proposer les étapes d'un chemin conduisant à une avancée en âge harmonieuse via un progrès des politiques publiques en direction des personnes âgées.

Fiche action 15 : dépression et prévention du risque suicidaire chez les personnes âgées

- Objectifs

- Améliorer la prévention, l'identification et la prise en soins de la dépression et plus largement de la souffrance psychique chez la personne âgée, participant de la stratégie permettant de réduire la prévalence du suicide ;

- Renforcer la prévention du suicide chez la personne âgée.

- Mesures

- Lutter contre les idées reçues et représentations culturelles de la dépression et de la vieillesse, tant auprès du public que des professionnels.

- Sensibiliser les personnes âgées et leur entourage sur la dépression et les facteurs de risque suicidaire.

- Favoriser le lien social des personnes âgées : lutter contre l'isolement et le sentiment de solitude.

- Mettre en œuvre les expérimentations sur le parcours de santé de la personne âgée en perte d'autonomie ou en risque de perte d'autonomie avec la mobilisation des professionnels de proximité autour du médecin traitant : la dépression est l'un des quatre facteurs identifiés d'hospitalisation évitable des personnes âgées.

- Mobiliser les acteurs du domicile afin de mieux repérer et identifier des situations de risque suicidaire et

- S'appuyer sur les professionnels, y compris libéraux, intervenant en EHPAD et établissements de santé pour mieux repérer, diagnostiquer, prendre en soins et prévenir la dépression et le risque suicidaire chez la personne âgée :

- Sensibilisation, information et formation des professionnels sur le repérage des signes de dépression et le risque suicidaire chez la personne âgée.

- La mise à disposition d'un outil d'aide au repérage et à la prise en soins de la dépression chez la personne âgée : repérage, spécificités chez la personne âgée, démarche diagnostique, prise en soins, intégrant un focus sur la prévention du suicide (CNSA/SFGG/FFP/SPLF/FFAMCO).

- Des temps d'échange sur la vieillesse, la fin de vie, la mort, le suicide, la spiritualité, afin que les intervenants puissent dialoguer sans appréhension sur ces sujets, avec les personnes qui en expriment l'envie, le besoin.

- Des temps de réflexion pluridisciplinaire en cas de situation difficile.

- *Renforcer les liens de coopération entre les services de soins et d'aide à domicile, les médecins traitants, les EHPAD et les structures, compétences spécialisées (gériatrie, psychiatrie, géronto-psychiatrie, équipes mobiles), afin d'optimiser le parcours de soin du patient et prévenir la dépendance induite par des soins inappropriés.*
- *Inscrire cette thématique dans le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé relevant de cette obligation.*
- *Renforcer la formation initiale des acteurs de santé sur cette thématique.*
- *Promouvoir la recherche épidémiologique afin de mieux identifier la réalité de la dépression et du suicide chez la personne âgée, à domicile, en établissements.*
- *Promouvoir la recherche transdisciplinaire afin de mieux identifier les facteurs contribuant à la difficulté du diagnostic de dépression et les spécificités chez la personne âgée.*
- *Promouvoir la recherche thérapeutique et notamment les thérapies de soutien et psychothérapies.*

>> Groupe dispositif d'alerte pour améliorer le circuit d'alerte des situations de maltraitance

Le groupe de travail du Comité National pour la Bienveillance et les Droits dont le mandat concernait la réorganisation du dispositif d'alerte sur les situations de maltraitance et la rédaction d'un cahier des charges a d'abord fait un double constat : Les autorités légitimes pour recueillir et traiter les informations relatives à des situations ou à des risques de maltraitance (police, gendarmerie, procureur de la République, Agences Régionales de Santé, organismes associatifs, Conseils Généraux, CCAS...) reconnaissent la relative rareté des remontées d'informations à leur niveau.

Ce constat confirme les conclusions des études françaises et internationales sur le sujet, qui pointent le silence qui prédomine sur ces situations, principal obstacle à une appréciation juste du phénomène de maltraitance en termes chiffrés, et au traitement de ces situations.

Le groupe estime que trois phénomènes peuvent en outre légitimer l'hypothèse que le nombre de personnes concernées par le risque de maltraitance est en nette augmentation :

- D'une part, l'allongement de la durée de la vie et de la durée de vie à domicile y compris pour des personnes très fragiles, ce qui augmente le nombre de personnes âgées potentiellement exposées aux mauvais traitements de tous ordres (allant de l'escroquerie à la maltraitance physique, en passant par l'abus de faiblesse ou l'influence induite d'un proche ou une maltraitance exercée par un aidant épuisé).
- Le monde du handicap connaît une évolution de même nature et la fragilité de personnes en situation de handicap accédant à un âge avancé amène à un cumul des risques dus au handicap lui-même et de ceux dus à l'avancée en âge ;
- D'autre part, le mouvement de désinstitutionnalisation massif qui, en insistant sur l'intégration des personnes en situation de handicap psychique dans la cité, augmente dans le même geste leur exposition à toutes les formes d'exploitation et de maltraitance (la situation étant particulièrement critique pour les femmes, ainsi que les études françaises et européennes le soulignent).

Les attentes des acteurs en présence ont été recueillies par la voie d'un questionnaire, dont le succès est éloquent sur la forte mobilisation des acteurs sur le sujet⁸⁹. Celles des ARS concernent principalement la clarification des **définitions** de la maltraitance et des **circuits de signalement**, le suivi de certaines situations dont le périmètre est commun avec les Conseils Généraux, et la

⁸⁹ 17 ARS et 15 CG ont répondu à ce questionnaire

nécessité d'un **système d'information** faisant davantage ressortir les situations de maltraitance pour donner une meilleure visibilité au phénomène. Ces attentes sont convergentes avec celles des Conseils Généraux qui ont répondu au questionnaire, dont ces réponses font également apparaître la richesse et la variété des dispositifs existants sur les territoires. Les acteurs du dispositif national et local d'écoute (n° d'appel 39 77) pointent les difficultés et risques de celui qui signale directement, professionnel ou non et les difficultés du suivi en l'absence ou l'insuffisance des retours d'information.

Les directeurs d'établissements ayant eu recours au signalement de situation de maltraitance en apprécient clairement l'intérêt, évoquant en particulier l'importance du rappel au droit à tous les acteurs et la protection des personnes vulnérables impliquées. Ils déplorent également le peu de retour d'information suite à leur signalement et les longs délais de réponse, notamment de la part de l'autorité judiciaire. 3

Il ressort de toutes les perspectives recueillies que quatre points nuisent à l'efficacité des dispositifs d'alerte :

1. La **difficulté de compréhension, du périmètre du terme** de « maltraitance » ce qui conduit à banaliser certains événements ou à les noyer dans d'autres relativement mineurs ou, au contraire, à dramatiser et judiciaireiser des situations qui demandent d'autres traitements (par exemple, la coordination, la formation, la médiation).
2. **L'absence de définition du rôle, de la légitimité et de l'indispensable coordination** des acteurs en charge du recueil, de l'analyse et du traitement des situations, alors même que l'interrogation de tous les acteurs montre bien l'importance de cette coordination
3. La persistance de la **difficulté à signaler** une situation relevant de la maltraitance, dans des contextes où la crainte des représailles ou l'empreinte disqualifiante de la délation sont encore très vifs.
4. **Le défaut de visibilité** d'un dispositif polymorphe, mal régulé et fragilisé par l'absence d'une évaluation de la performance et du service rendu.

De l'expérience de la protection de l'enfance, le groupe a retenu :

- l'importance et l'efficacité de la coordination des acteurs sur le terrain au sein d'un dispositif commun. Cette coordination est faisable et déjà mise en place dans certains départements
- nécessité de protocoles écrits pour sécuriser les circuits,
- intérêt d'un regard pluridisciplinaire porté sur chaque situation pour en apprécier la gravité (ce qui concorde avec la méthodologie d'analyse des centres d'écoute de proximité du réseau 3977)
- la nécessité de recours diversifiés en fonction de chaque type de situation pour ne pas emboliser l'appareil judiciaire inutilement là où des interventions d'un autre ordre seraient pertinentes (enquête sociale, inspection de l'établissement, démarches de coordination, de formation, de médiation, recours au Défenseur des Droits, intervention d'une équipe de professionnels de la santé mentale...);

Ainsi, c'est un **nouveau modèle** qui est proposé pour faire face à la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le direct sillage de la réforme de la protection de l'enfance de 2007 et dans un souci de cohérence des politiques publiques quelles que soient les vulnérabilités en cause.

En ce qui concerne le suicide, le groupe a été particulièrement vigilant à la question des symptômes dépressifs et du suicide des personnes âgées. Ce sujet fait d'ailleurs parti de la nouvelle typologie des informations préoccupantes mises en œuvre par le groupe. Les personnes présentant des symptômes dépressifs feront ainsi l'objet d'information préoccupante.

>> Déploiement du programme MONALISA – Mars 2013

Le 13 décembre 2012 a été lancée officiellement la Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées (Monalisa) par Michèle Delaunay, chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie.

Jean-François Serres, secrétaire général des Petits frères des pauvres est missionné pour établir des propositions visant à lutter contre l'isolement social des personnes âgées.

Pour que la lutte contre l'isolement des personnes âgées soit durablement intégrée dans les préoccupations citoyennes, un groupe d'une trentaine d'associations et organismes a travaillé à développer le bénévolat associatif.

L'objectif était de mettre en cohérence et en synergie les actions menées par les acteurs de la société civile avec notamment l'échange de bonnes pratiques et la promotion de la visibilité des actions conduites.

Deux objectifs sont ainsi visés :

- *Déployer le bénévolat et faire de la lutte contre l'isolement des âgés un axe majeur de l'implication citoyenne*
- *Favoriser l'échange de bonnes pratiques et mettre en convergence les actions menées aujourd'hui, de façon à assurer un meilleur maillage territorial*

Les travaux du groupe, qui a rendu son rapport à la Ministre des personnes âgées (Michèle Delaunay) le 12 juillet 2013, s'intègrent à l'ensemble des réflexions en cours qui devront enrichir de nouveaux textes réglementaires renforçant l'adaptation de la société au vieillissement et les politiques de prévention en matière d'autonomie des seniors.

>> Lancement de l'Observatoire du suicide le 10 septembre 2013

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, a installé l'observatoire national du suicide le 10 septembre 2013. Cette instance est une structure multidisciplinaire créée pour une durée de 4 ans et pilotée par la DREES. Elle associe les administrations centrales et opérateurs concernés, les instituts (INPES, InVS, INSERM...), des experts, des chercheurs...

Sa mission, fixée par décret du 9 septembre 2013, est de : coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et de produire des recommandations, particulièrement en matière de prévention.

L'observatoire national du suicide se réunira deux fois par an dans sa formation plénière, à des dates symboliques : en février, qui correspond à la semaine nationale de prévention du suicide, et en septembre, qui correspond à la journée internationale de prévention du suicide. L'observatoire constituera 2 groupes de travail, un spécifiquement sur la recherche et l'amélioration des sources de données, et l'autre sur le domaine de la prévention. Les travaux de l'observatoire seront rendus publics à l'occasion de son rapport annuel.

A l'occasion de cette installation, Mme Touraine, a indiqué que plusieurs axes thématiques seraient développés, en particulier les travaux visant à mieux prévenir le suicide des personnes âgées conduits par Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie. De fait, au sein d'une réflexion globale sur le suicide, la prise en compte des spécificités des comportements suicidaires aux différents âges de la vie (enfance, adolescence,

sénescence) est apparue essentielle au groupe de travail : elle conditionne étroitement les leviers de prévention.

Synthèse

Bien que plusieurs plans nationaux de prévention du suicide aient été mis en place, la place consacrée au suicide des personnes âgées est restée modeste.

Les contributions apportées par certains travaux (Comité Avancée en Age) et la mise en place récente de nouveaux dispositifs (dispositif d'alerte pour améliorer le circuit d'alerte des situations de maltraitance déploiement du programme Mona-Lisa, Observatoire du suicide) permettent d'espérer une amélioration de la prévention du suicide des personnes âgées.

2. Recommandations et dispositifs existants

A. Disparités entre les territoires et manque de visibilité des initiatives existantes

Le comité constate les disparités entre les territoires et le manque de visibilité et/ou de valorisation des initiatives existantes en matière de prévention du suicide chez les personnes âgées.

Au niveau du territoire national, aucun état des lieux exhaustif des initiatives ou dispositifs locaux de prévention du suicide existant n'a à ce jour été effectué. Cependant certaines ARS ont fait récemment une analyse de leur politique régionale de lutte contre le suicide. A titre d'exemple, l'ARS Pays de Loire dans son « Évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide de juin 2012 » a analysé la situation existante et fait des recommandations en particulier :

- le besoin d'un repérage plus précis des populations à risque suicidaire notamment les personnes âgées,
- la nécessité de plus impliquer le médecin généraliste dans les programmes de prévention du suicide,
- l'intérêt de développer les actions de prévention pour l'entourage familial et les survivants: comment prévenir la reproduction de l'acte chez les survivants ?

Ce travail de recueil d'informations, enrichi d'une analyse d'impacts des actions, serait pourtant pertinent et permettrait de formuler des préconisations concrètes inspirées d'expériences de terrain déjà pratiquées et évaluées.

Quelques retours d'expériences et outils de repérage utilisés localement sont présentés dans le paragraphe suivant et dans le tableau en annexe.

Par ailleurs, peu de rapports comportent des données sur le suicide des personnes âgées. On peut cependant citer l'existence de données provenant de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé RS. Par exemple, les auteurs du rapport « Suicide, tentatives de suicide et pensées suicidaires en Auvergne (parution Février 2013) de l'Observatoire régional de la santé en Auvergne (chiffres 2010) mettent à disposition des données concernant les personnes âgées.

B. Actions de formation

L'évaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) a souligné la place particulière des formations pluridisciplinaires sur le repérage de la crise suicidaire reconnues au sein des trois « actions nationales prioritaires comme étant l'élément moteur de la mobilisation des acteurs autour de la stratégie.

Il faut distinguer à cet égard la nécessité de sensibiliser un certain nombre d'acteurs aux situations à risques suicidaires, d'une part, et de former d'autres acteurs au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire d'autre part.

Les acteurs concernés

- **Actions de formation des professionnels intervenants auprès des personnes âgées (en établissement et à domicile)**

Les personnels du domicile tout comme les personnels des établissements doivent être formés pour dépister les troubles de l'humeur et les risques suicidaires.

Quel que soit le plan de formation retenu, les objectifs restent les mêmes :

- Former les professionnels intervenant auprès des personnes âgées à la psychologie des patients les plus âgés
- Permettre un meilleur repérage des situations à risque et améliorer le relais entre professionnels une fois le risque suicidaire détecté.

En termes de contenu de formation, il n'est pas ici question de recommander un plan plus qu'un autre, mais de préciser les items les plus communément retrouvés dans les plans de formation actuels :

L'effort de formation de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile est considérable depuis une dizaine d'année. Aujourd'hui, chaque année, la branche dépense en coût de formation 67 millions d'euros pour 113 230 stagiaires (soit 52% des salariés de la branche et 3.4 millions d'heures de formation. Le taux de cotisation est de 2, 07% (supérieur au taux légal de 1, 6 %).

Le nombre de structures à but non lucratif dans la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile est de 5200 structures réparties entre 4 fédérations :

- ADMR : 3335 structures
- ADESSA à DOMICILE : 400 structures
- FNAAFP/CSF : 45 structures
- UNA 960 : structures

Quelques chiffres clés :

- 1,6 millions de bénéficiaires.
- 222 000 salariés.
- 98% de femmes

Pour la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, il convient de proposer une formation sur la notion de prévention globale notamment en fournissant les clés aux intervenants sur les différents signaux d'alerte de risques (suicide, chute, nutrition,...), en partant des formations dispensées actuellement.

- **Action de formation des médecins généralistes**

Le rapport d'évaluation de la politique du suicide (2006) avait déjà souligné que la mobilisation des médecins généralistes autour de la prévention du suicide était faible en région. En effet, le suicide n'est pas une priorité pour les médecins généralistes car ces professionnels identifient peu de cas parmi leurs patients et estiment avoir peu de risque statistiquement de rencontrer un cas de suicide au cours de leur exercice. En particulier, chez les personnes âgées, le suicide est une cause de mort beaucoup moins fréquentes que les causes somatiques. Par ailleurs, se pose

la question de leur disponibilité et de leur rétribution. Les leviers de mobilisation possible de ces professionnels sont l'adaptation des modalités pratiques des formations régionales aux contraintes des généralistes et l'inscription des formations (en particulier le suicide des personnes âgées) dans le cadre de la FMC.

Les recommandations et les outils existants pour la formation

Le comité de pilotage souhaiterait insister sur les recommandations et outils suivants disponibles pour la formation des professionnels :

> Les recommandations de la HAS

La HAS évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement. Elle élabore également des recommandations sur les stratégies de prise en charge.

Il faut souligner l'importance du programme pilote 2006-2013 sur la prescription des psychotropes chez le sujet âgé (PsychoSA), avec un double objectif, celui d'une réduction de la prescription des psychotropes et d'une amélioration de la prise en charge des situations cliniques à l'origine de ces prescriptions.

D'autres recommandations apparaissent également en lien avec la thématique d'étude du présent rapport :

« *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé d'un adulte en ambulatoire* » (Anaes, 2002).

« *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires* » (HAS, 2013)

Cette dernière fiche vise à répondre aux questions sur les modalités du repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées en vue de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables. Elle préconise un repérage opportuniste à l'initiative d'un soignant ou d'un intervenant des services d'aide à la personne.

Ce repérage doit ouvrir la voie à une évaluation globale de la personne et à une prise en charge planifiée.

> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm

L'Anesm a pour mission d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ces recommandations ont pour vocation d'éclairer les professionnels dans leurs actions et les établissements dans leur organisation.

La recommandation de l'Anesm intitulée « *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, Repérage, Accompagnement* », actuellement en cours d'élaboration apportera des repères et des pistes pour l'action, destinés à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques face à la souffrance psychique et au risque suicidaire de certaines personnes âgées. Cette recommandation, à paraître début 2014, est à mettre en lien avec les recommandations déjà publiées par l'Anesm et en particulier celles liées à la « Qualité de vie en EHPAD, volets 1 à 4 ».

Les spécificités de la prise en compte de la souffrance psychique seront déclinées au sein de cette recommandation en fonction du lieu de vie des personnes âgées : à domicile mais aussi en institution ou en structures d'accueil (EHPA, EHPAD, structures de répit...)

La recommandation aura pour objectifs de donner des pistes de réflexion et d'action aux professionnels de l'accompagnement des personnes âgées dans :

- les pratiques contribuant au bien-être psychologique et donc à la qualité de vie des personnes âgées ;
- le repérage des facteurs de risque de souffrance psychique et de leurs impacts sur la personne;
- le repérage des marqueurs de souffrance psychique et/ou du risque suicidaire de la personne âgée accompagnée, mais aussi de son entourage proche (conjoint, enfant), lui-même vieillissant ;
- les pratiques d'accompagnement des personnes âgées en souffrance ;
- la mise en lien des professionnels avec les services adaptés aux besoins de la personne (corps médical, service social ou administratif, justice...) favorisant la fluidité des interventions entre les professionnels et entre les professionnels et les aidants familiaux.

La recommandation donnera également des pistes de réflexion et d'action sur l'accompagnement des professionnels confrontés au quotidien à la souffrance psychique des personnes âgées.

> Les outils

Dans le champ psychiatrique et gériatrique, différentes équipes travaillent spécifiquement dans le champ de la suicidologie. Sans être exhaustif, le comité de pilotage souhaiterait insister sur les programmes suivants :

Programme de formation « JL Terra »

Une formation de type « sentinelle » ou « gatekeeper » s'adressant au personnel des EHPAD est mise en place par l'équipe du Pr Terra afin d'améliorer la détection, l'évaluation et la prise en charge des résidents suicidaires. En effet, le service du Pr Terra avait été sollicité par l'ARS en septembre 2012 devant une augmentation significative du taux de suicide dans les EHPAD du Rhône. Cette formation s'est déroulée en novembre et décembre 2012 à l'ensemble du personnel de 12 EHPAD sélectionnés par l'ARS et 311 membres du personnel ont été formés au cours de 19 sessions de formation.

Afin d'évaluer l'impact de cette formation, et devant l'impossibilité de mettre en place une comparaison de type « avant-après », l'équipe du Pr Terra a décidé de faire un suivi des 12 EHPAD formés, ainsi que de 12 EHPAD appariés ces derniers servant de comparateur. Le suivi mis en place consiste en des visites bimestrielles, au cours desquelles cette équipe recueille des données sur les personnes détectées suicidaires et leur prise en charge, mais également sur les mesures de prévention du suicide mises en place au niveau institutionnel par les EHPAD. L'objectif principal de l'étude est de montrer que la formation apportée améliore les capacités de détection des patients en crise suicidaire. L'étude permettra également de recueillir des bonnes pratiques et de faire des propositions afin d'améliorer la prévention du suicide au niveau institutionnel.

Mobiqual

Le programme Mobiqual, porté depuis plusieurs années par la société Française de Gériatrie et Gérontologie en partenariat avec la CNSA a développé plusieurs outils de formation à l'usage des soignants en EHPAD mais également à domicile sur les grands syndromes gériatriques.

En 2013, un nouveau programme a été édité concernant la dépression du sujet et le repérage, et l'identification des risques suicidaires des personnes âgées à domicile et, dans un deuxième document en EHPAD.

Un groupe pluridisciplinaire et pluriprofessionnel a participé à la construction de cet outil à l'usage des soignants et des aidants. Il comprend plusieurs parties dont les particularités de la dépression chez le sujet âgé, les modalités de repérage de cette dépression, les échelles de dépression permettant d'évaluer l'humeur du sujet âgé, l'évaluation du risque suicidaire et bien sur les modalités de prise en charge de la dépression et sa prévention (SBG).

Le lancement officiel de ce nouvel outil a eu lieu en juin 2013.

Synthèse : Le comité souligne la nécessité de créer une synergie entre ces différentes pratiques et programmes de formation. Par ailleurs la sensibilisation des acteurs n'a de pertinence que si elle est articulée avec la prise en charge, c'est-à-dire si les acteurs que l'on sensibilise savent à qui et comment, adresser les personnes en souffrance.

C. Dispositifs existants

Il existe de nombreux dispositifs pour aider les personnes en souffrance psychique. Cependant ces dispositifs ne sont pas forcément bien identifiés et manquent de visibilité. Il conviendrait donc d'accentuer la communication institutionnelle sur ces dispositifs et ressources d'aide.

- **Numéros d'écoute, spécialisés ou non dans l'écoute des personnes âgées**

Il existe de nombreuses initiatives d'écoute téléphonique spécialisées dans la prévention de l'isolement, de la souffrance psychique et du suicide. Il est difficile d'en faire une liste exhaustive, mais il s'avère pertinent d'en citer quelques-unes (ref à partie 2):

Numéros d'écoute dédiés aux victimes de maltraitance

3977 => Numéro d'écoute, de soutien, et d'orientation du sujet âgé en souffrance.

Ce numéro est destiné :

- >aux personnes âgées et aux personnes handicapées, victimes de maltraitances ;
- >aux témoins de situations de maltraitance, entourage privé et professionnel ;
- >aux personnes prenant soin d'une personne âgée ou handicapée et ayant des difficultés dans l'aide apportée.

Ce N° d'écoute national correspond à la Fédération ALMA-Habeo. Le dossier ouvert après un appel est adressé aux associations ALMA départementales, qui vont reprendre contact avec l'appelant, et qui connaissent bien les ressources locales (dont d'ailleurs, elles font souvent partie). Ainsi peuvent se trouver activer, solliciter les différents partenaires qu'ils soient dans le champ de l'aide ou du soin, et ce assez rapidement.

Numéros d'écoute dédiés à la solitude et à l'isolement

SOLITUD'ECOUTE => Numéro d'écoute téléphonique porté par l'association « les petits frères des Pauvres »

L'objectif est de lutter contre la solitude et l'isolement des personnes des plus de 50 ans. En 2012, 15 830 appels ont été pris en charge par les 54 « écoutants » ; 2% des appels ont révélé une intention suicidaire.

Cette action se situe dans le champ de la prévention et s'appuie sur l'une des priorités du Projet Associatif : « Aller vers les personnes qui n'ont pas les moyens de se faire connaître et accueillir celles qui nous sollicitent ou nous sont signalées en soignant la qualité de nos accueils et de notre écoute ».

Numéros d'écoute dédiés à la prévention du suicide

SOS AMITIE => Association créée en 1960 et « reconnue d'utilité publique » dont l'objectif premier, mais non exclusif, est la prévention du suicide.

SUICIDE ECOUTE => Association créée en 1994 et consacré exclusivement à la prévention du suicide. Suicide Ecoute est l'une des 6 associations fondatrices de l'UNPS (Union Nationale pour la Prévention du Suicide)

SOS SUICIDE PHENIX => Fédération d'associations fondée en 1978.

Deux actions : une action d'écoute téléphonique et une action d'accueil « physique » de personnes en rupture sociale.

Il est intéressant de noter que l'INPES mène actuellement une évaluation des plateformes de téléphonie sociale et en santé.

Synthèse: le comité de pilotage est convint de soutenir les services de téléphonie sociale qui apparaît comme un outil particulièrement utile pour prévenir le suicide, notamment chez les personnes âgées. Une réflexion serait à mener en lien avec les opérateurs de téléphonie pour que les frais inhérents à la mise en relation (notamment à partir d'un téléphone mobile) soient réduits voire inexistant.

- **Dispositifs de prise en charge des personnes âgées en souffrance psychique**

Sur l'ensemble du territoire, il existe différents types de dispositifs dont le cahier des charges est de prévenir, d'évaluer et/ou de prendre en charge la souffrance psychique des personnes âgées. Sans prétendre à l'exhaustivité, ces dispositifs se déclinent sous la forme de « réseaux », d'équipes mobiles et de centres spécialisés. Il est intéressant d'en citer quelques-uns, à titre d'exemples, qui peuvent servir de base de réflexions pour un développement des actions et un maillage du territoire.

Réseaux

Nous mentionnerons :

Le réseau équilibre (Association « Loire Prévention Suicide » à Saint-Etienne)

Prévention du mal être et du risque suicidaire chez les personnes âgées par:

- des interventions au domicile de ces patients à leur demande ou à la demande d'un professionnel, d'une institution ou de l'entourage, ou par un psychologue
- des informations et des formations

Le réseau Être-Indre (Département de l'Indre)

Le réseau intervient auprès des professionnels lorsqu'ils sont confrontés à des situations de personnes âgées dont la prise en charge s'avère difficile (personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, personnes en dépression ou présentant une pathologie psychiatrique, etc.)

Equipes mobiles psychogériatriques

Elles ont vu le jour dans un grand nombre de territoires, à l'initiative d'équipes psychiatriques, d'équipes gériatriques avec compétences en psychogériatrie ou sur le mode de partenariats entre le secteur psychiatrique et gérontologique.

Généralement, ces équipes mobiles ont pour rôle :

- de répondre rapidement aux attentes des professionnels en les accompagnant face aux situations de crises
- d'aider les professionnels à établir un diagnostic précis de la souffrance psychique de la personne accompagnée et/ou de son entourage
- de réfléchir avec les professionnels à la filière de prise en charge la plus adaptée.

A titre d'exemple, l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé du centre hospitalier Esquirol (Limoges) intervient sur Limoges, à domicile, pour offrir aux personnes âgées et à leur médecin traitant un meilleur accès à la filière de prise en soins des personnes âgées.

Structures et Centres spécialisés dans l'accueil, l'évaluation et l'accompagnement des personnes âgées en situation de souffrance psychique

Nous citerons à titre d'exemple :

La Cellule de prévention des situations de détresse des personnes âgées (Bourg en Bresse)

Dans le cadre de ses missions, la Cellule a plusieurs actions afin d'intervenir sur la prévention de la détresse des personnes âgées. Elle travaille en réseau avec l'ensemble des professionnels et bénévoles sociaux, médico-sociaux du département de l'Ain. L'objectif étant de construire un réseau d'aide autour des personnes âgées et de structurer un dispositif de vigilance.

L'activité de la cellule est traduite par :

- >des actions d'information/sensibilisation sont à destination des professionnels, bénévoles du réseau médico-social qui interviennent auprès des personnes âgées.
- >un travail de recueil et d'évaluation des situations repérées par les acteurs (1^{er} appel à la Cellule de prévention, concertation interdisciplinaire hebdomadaire, réunions de synthèse autour d'une situation donnée avec les acteurs concernés et le médecin traitant)
- >un accès direct de la Cellule aux personnes âgées et à un large public
- >une évaluation, un soutien et un accompagnement direct auprès des personnes âgées.

La Cellule peut intervenir directement auprès des personnes âgées en détresse, à travers des visites à domicile pour évaluer ses besoins ou lui faciliter l'accès aux soins

Quand le suicide n'a malheureusement pas pu être évité, la Cellule a la possibilité d'intervenir dans des situations traumatiques post – suicide :

- au domicile, auprès des proches et des professionnels,
- en institution, auprès des proches et des professionnels.

L'intervention se fait ponctuellement, à la demande d'une institution, d'un service sous la forme d'un soutien individualisé ou d'un groupe de paroles animé par des professionnels de la Cellule de prévention (psychologue ou psychiatre, infirmière).

Le Centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement (Hôpital Sainte-Anne)

Le centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement fonctionne comme un hôpital de jour de recours régional dédié à l'évaluation de pathologies gérontopsychiatriques complexes justifiant d'une évaluation multidisciplinaire. Son inscription au sein d'un CHU en lien avec des équipes de recherche du Centre de Psychiatrie et de Neurosciences y a également favorisé le développement d'une activité d'enseignement, de formation continue et de recherche ainsi qu'une réflexion éthique (plate-forme éthique). Cette structure offre à la fois des réponses sectorielles et territoriales d'expertise diagnostique ou thérapeutique.

Ses objectifs sont :

- Proposer un appui de recours gérontopsychiatrique aux référents médicaux et paramédicaux des équipes sectorielles et/ou intersectorielles et développer sur le territoire de la CHT des

liens forts entre les professionnels des différents secteurs (psychiatriques, neurologiques et gériatriques) en lien avec le secteur libéral et médico-social ;

- Offrir un accès privilégié à une plate-forme de ressources cliniques et thérapeutiques conjuguant compétences en psychiatrie des personnes âgées et en neurosciences
- Développer ainsi une expertise, une culture commune et un savoir-faire à l'ensemble des acteurs du soin aux personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ou neuropsychiatriques ;
- Stimuler la réflexion autour des spécificités de l'offre de soin en neurogériopsychiatrie :
 - étude de l'interface entre les maladies psychiatriques et les affections dégénératives et vasculaires
 - expertise en psychopharmacologie gériatrique
 - prévention du suicide et accompagnement des endeuillés
 - valorisation des techniques spécialisées (ECT, rTMS)
 - définition des spécificités de l'intervention psychothérapeutique
 - soutien aux aidants familiaux et informels
- Articuler cette offre originale d'évaluation alliant gérontopsychiatrie et neurosciences avec d'autres offres de recours préexistantes centrées sur la maladie d'Alzheimer et apparentées (CMRR – Plan Alzheimer)

Le Centre Popincourt (Paris)

Cette structure associative vouée à la « lutte contre l'isolement et la prévention du suicide », le Centre Popincourt accueille des hommes et des femmes adultes souffrant d'isolement, en difficulté psychologique, ou suicidaires.

Depuis 5 ans, des actions ciblées ont été élaborées pour les plus de 65 ans, lesquels étaient peu représentés dans la file active du Centre. Ces actions sont aujourd'hui regroupées au sein d'un pôle de psychogérontologie. Parmi les activités du pôle, citons :

les visites à domicile, coordonnées par le CLIC du territoire d'implantation (Paris Est), en appui du travail social et en lien avec les structures sanitaires ou médico-sociales pour l'orientation éventuelle des personnes. La collaboration avec le CLIC et ses partenaires a permis le développement cohérent des projets du Centre sur ce territoire.

- Les actions de sensibilisations auprès du grand public et des professionnels
- L'inscription des problématiques psychiques et éthiques dans les différentes instances territoriales d'organisation des prises en charges (CLSM, Filière gériatrique, CTPA, etc.), ainsi que la participation active aux projets visant la promotion de la santé mentale, dont notamment le portage d'un projet d'équipe mobile gérontopsychiatrique sur l'Est de Paris avec les Hôpitaux de Saint-Maurice.

L'association Recherche et Rencontres, dont fait partie le Centre Popincourt, compte 3 autres centres en France, dont certains développent des actions de prévention du suicide spécifiques aux seniors.

Synthèse de l'état des lieux des dispositifs existants

Les actions de terrain en santé mentale visant le public âgé sont le plus souvent le fruit d'initiatives locales, émanant de professionnels de santé notamment du champ psychiatrique ou gériatrique ou d'associations. Cependant, de nombreuses initiatives ont vu le jour ces dernières années, avec des objectifs et des moyens très variés, comme cela a pu être souligné dans le paragraphe précédent. La politique gérontologique générale ne peut bien entendu pas reposer uniquement sur ces initiatives, et l'organisation de ce champ d'intervention souligne le besoin de coordination au niveau national, régional, départemental ou communal.

L'analyse de quelques retours d'expériences et outils de repérage utilisés localement a permis au comité de dégager les réflexions suivantes :

Dans différents territoires, de nombreux programmes ou dispositifs de prévention du suicide (ou de postvention) très prometteurs ont été mis en place soit pour diminuer le risque de suicide soit pour augmenter les facteurs de protection. Ces programmes sont insuffisamment répertoriés et diffusés.

Leur contenu, l'organisation et les structures coordinatrices (psychiatrique ou gérontologique) sur lesquelles s'appuient ces dispositifs de prévention varient d'un territoire à l'autre.

Par ailleurs, l'efficacité de ces programmes n'a pas encore été évaluée de façon scientifique. De plus, de nombreux territoires n'ont pas encore mis en œuvre de tels programmes (ou ne les ont pas fait connaître).

Bien que l'organisation de ces programmes varie d'un territoire à l'autre, il apparaît que l'efficacité du dispositif est proportionnelle au niveau de collaboration entre secteur psychiatrique et gérontologique.

En effet le secteur gérontologique est maintenant bien structuré tant dans le domaine sanitaire (filiales et réseaux gériatriques) que dans le domaine médico-social (CLIC, CCAS, MAIA, coordination, ...), bien qu'il puisse être considéré comme trop complexe⁹⁰.

Le secteur psychiatrique est structuré depuis longtemps mais, comme le secteur gérontologique, a souvent rapporté ses difficultés (manque de moyens financiers et humains mais aussi manque de formation aux spécificités des troubles mentaux de la personne âgée) à accompagner et suivre les personnes âgées souffrant d'affections mentales.

Bien que certains territoires aient fait des efforts méritoires pour mettre en place des collaborations entre le secteur gérontologique (sanitaire et medico-social), le médecin généraliste, le secteur psychiatrique et les psychiatres libéraux, les liens restent encore insuffisants. Les clivages entre spécialités médicales, la primauté des modèles biomédicaux par rapport à des modèles basés sur le handicap, le manque de fluidité entre le sanitaire et le médicosocial se heurtent à la complexité de la majorité des affections observées au cours du vieillissement.

Le volet sanitaire de cette prise en compte est traité en région par les Agences Régionales de Santé. Les territoires de santé, voulus par la loi HPST, ont forcé une réorganisation des soins, et la structuration de filiales gérontologiques sur ces territoires a pu permettre d'inscrire la santé mentale des seniors au rang des priorités. Nous noterons que le découpage des territoires de santé ne correspond pas toujours à celui des secteurs psychiatriques et que cela rend parfois difficile la participation pourtant essentielle des professionnels du soin psychique à la constitution des filiales. L'offre de soins n'étant pas homogène, elle ne permet pas des réponses uniformes, mais l'objectif est d'harmoniser l'accès aux soins et de promouvoir au niveau national des actions ayant fonctionné localement.

Le but d'une filiale gérontologique peut s'entendre comme : mettre en place une politique coordonnée d'accompagnement des personnes âgées entre les acteurs du secteur sanitaire d'une part, et de ceux du domicile et du secteur médico-social d'autre part, c'est à dire permettre à chaque personne âgée résidant sur le territoire de santé de pouvoir accéder à un suivi global, gradué, et de bénéficier d'un continuum d'accompagnement. Cela doit donc s'organiser avec les

⁹⁰ Rapport Luc Broussy, Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, 2013

intervenants de proximité, susceptibles de détecter et d'orienter des personnes en situation difficile. Ils travaillent aussi dans le champ plus directement gériatrique de la promotion de « l'autonomie », et de l'aide sociale.

Par ailleurs, nous soulignerons le rôle, au niveau national, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, qui finance l'accompagnement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, mais a aussi un rôle d'expertise, d'information, et d'accompagnement de démarches locales.

Ces actions se déclinent au niveau départemental (Conseil Général) via la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH ou MDA, pour Autonomie).

Le département est aussi porteur des Equipes Médico-Sociales (EMS), en charge de l'évaluation de l'autonomie de personnes en vue d'une attribution d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Cette évaluation faite souvent au domicile, donne lieu à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Elle suppose aussi un travail de coordination en aval, avec les intervenants prenant le relais.

Au niveau infra-départemental, les Conseils Généraux financent aussi les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), dont les missions dépendent du niveau de labellisation :

- label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, de conseils et de soutien aux familles ;
- label niveau 2 : il propose en plus une évaluation des besoins et des plans d'aide personnalisés ;
- label niveau 3 : il prolonge l'action du niveau 2 par des missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation d'un plan d'aide personnalisé.

Le CNSA, en lien avec les ARS, finance et promeut aussi les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), dont les missions évoluent, et qui promettent dans les années à venir de proposer, via la notion de « gestion de cas », un suivi efficace des situations gériatriques complexes au domicile.

Le déploiement des différents dispositifs fait l'objet d'une planification, laquelle est intégrée au schéma gériatrique départemental. Il est réalisé par le Conseil Général avec pour objectifs principaux, tels que définis par la loi du 2 janvier 2002 (section 3 Art 18) : « 1° Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;" 2° Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;" 3° Déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services (...) »

Ce panorama rapide et non exhaustif, souligne l'importance de la coordination des actions, et nous revenons au rapport Broussy, lequel met l'accent sur la nécessité qu'il y aurait à créer des « guichets uniques » au niveau national, départemental et local.

S'agissant de prévention du suicide, les intervenants au domicile des seniors rappellent souvent la difficulté dans laquelle ils peuvent se trouver s'ils n'ont pas de proposition à faire à la personne aidée. Il est possible d'imaginer un cheminement passant par ce guichet, lequel orienterait soit vers la filière, laquelle disposerait de ressources susceptibles de répondre à un besoin de soins, soit vers des structures intermédiaires ou des associations inscrites au sein d'un réseau gériatrique territorial animé par ledit guichet.

Les CLIC de niveau 3 semblent aujourd'hui de bons candidats à ce rôle, mais ils sont encore loin de couvrir l'ensemble du territoire. Les équipes médico-sociales peuvent aussi avoir dans ce cadre un rôle de sentinelles.

Finalement, la structuration du dispositif de prévention du suicide des personnes âgées pourrait s'organiser selon trois niveaux d'intervenants :

1. les intervenants qui ont un rôle d'alerte : les personnes sentinelles en contact direct avec les personnes âgées (intervenants à domicile, pharmacien, dentiste, ...), les associations de bénévoles dans le cadre du programme MONALISA
2. les intervenants qui analysent l'alerte : médecins généralistes, secteur médico-social (Conseil Général (équipes médico-sociales), CLIC, CCAS)
3. les intervenants qui traitent l'alerte et accompagnent les personnes : coordination gérontologique (Conseil Général (équipes médico-sociales), CLIC, CCAS, réseaux et filières gériatriques), secteur psychiatrique et psychiatres libéraux en lien avec le médecin généraliste.

Au-delà de ces constats, ce sont des modifications de nos manières d'appréhender et d'organiser le soin qui s'imposent désormais. Le focus sur la notion de « parcours de soins » apparaît ainsi particulièrement pertinent chez les personnes âgées et certaines initiatives tout à fait prometteuses (par exemple, la signature d'un contrat de territoire sur le parcours de santé des personnes âgées dans 3 arrondissements du Nord Parisien).

De même, l'individualisation de véritables « Communautés Hospitalières de Territoire » (CHT) devrait largement participer à une amélioration de l'offre de soins. Ainsi, sur le territoire Parisien, la naissance de la CHT psychiatrique s'est accompagnée d'une réflexion active autour des soins de proximité comme des soins experts de recours auprès des populations âgées. Au sein de cette CHT, d'autres réflexions sont déjà avancées sur des partenariats conventionnels entre le secteur psychiatrique et les structures d'établissements pour personnes âgées dépendantes afin d'améliorer la prise en charge de la souffrance psychique des résidents.

La structuration institutionnelle et le financement varient selon les territoires. Le comité constate que des outils tels que les contrats locaux de santé (contractualisés entre l'ARS et les collectivités locales) et les conseils locaux de santé mentale sont encore insuffisamment utilisés.

D. Information du grand public

• **Actions d'information du grand public**

Une opération de communication d'envergure permettrait à la fois d'agir sur la large information du public et sur la destigmatisation du tabou persistant autour du suicide en délivrant des messages positifs sur la prévention possible du suicide, sur l'existence de signes d'alerte repérables et de ressources d'aide.

Une communication à vocation nationale est d'ailleurs préconisée par le Conseil économique social et environnemental, dans son avis du 12 février 2012 intitulé « suicide : plaidoyer pour une prévention active ».

Le CESE recommande notamment :

- l'attribution du label grande cause nationale à la prévention du suicide,
- l'organisation d'une campagne nationale de prévention du suicide tout public relayée par les médias.

Par ailleurs, plusieurs évènements militent en faveur d'actions de sensibilisation du grand public sur la question du suicide :

- Les préconisations du groupe de travail relatif à l'amélioration de la prévention du suicide sur Internet, mis en place dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide. Lors de ces travaux, les participants ont singulièrement insisté sur la nécessité d'une communication institutionnelle dans le champ de la prévention du suicide.

- L'étude réalisée par l'unité de recherche en économie de la santé (URC ECO), met en évidence la charge économique des suicides et tentatives de suicide et recommande in fine de mettre l'accent sur les mesures de prévention (étude en cours de publication).

Dans le cadre général de ces recommandations concernant l'information du grand public autour de la prévention du suicide un éclairage devra être apporté aux spécificités du suicide lors des différentes phases de la vie notamment au cours de l'avancée en âge.

Ce travail de communication pourra être décliné non seulement au niveau national par des campagnes de communication mais également au niveau local (par exemples par des brochures). Il est enfin indispensable d'évoquer le rôle d'internet et des réseaux sociaux. Les personnes vieillissantes deviennent de manière de plus en plus fréquente des utilisateurs assidus et compétents des « nouveaux médias ». Certes, dans la population actuelle, c'est un phénomène encore marginal, mais significatif chez les plus de 80 ans.

Ces nouveaux outils de communication sont dès maintenant la pierre angulaire de la communication de groupes de vieux. Toute stratégie de communication doit donc intégrer non seulement le rôle que des sites et des échanges de mail jouent, mais aussi des médias comme Face Book et Twitter, adaptés aux Smart Phones et aux Tablettes.

Ces transformations ne seront probablement pas induites par les institutions, mais surgiront de communautés d'utilisateurs qui créeront en dehors de toute incitation et tout contrôle

Cette transformation culturelle aura deux conséquences prévisibles et contradictoires sur les systèmes de santé :

- Un courant consumériste qui amplifiera la concurrence et la marchandisation des soins
- Un courant communautariste qui revendiquera la prise en charge de la Santé par les citoyens ou avec les citoyens, comme partenaires responsables (Living Labs en Santé et Autonomie)⁹¹.

La mise en œuvre des TIC deviendra très rapidement un complément indispensable de l'établissement de liens sociaux, particulièrement importants dans la prévention du suicide.

• **Traitement médiatique des cas de suicide**

La littérature scientifique internationale s'est intéressée à l'impact du traitement médiatique des cas de suicide sur la mortalité, et notamment à l'effet « Werther » ou effet de contagion. Des travaux⁹² démontrent que les médias ont une influence significative : la médiatisation de cas de suicide peut entraîner un effet facilitateur pour des personnes en souffrance psychique et ainsi une augmentation de suicides a pu être observée à la suite de certaines publications.

La diffusion d'une information de qualité permettant une prise de conscience du phénomène est un des éléments essentiels pour assurer le succès des programmes de prévention du suicide. En effet, « un comportement responsable de la part des médias » est reconnu par l'organisation mondiale de la santé comme étant une action de prévention efficace. Ainsi l'OMS a publié des recommandations à l'intention des professionnels des médias⁹³ et encourage les collaborations entre les médias et les experts en suicidologie.

En lien avec l'impact de l'information, et dans le respect de leurs missions, les journalistes peuvent faire passer des messages positifs de prévention du suicide, notamment en évoquant l'existence de signes d'alerte repérables ou les ressources d'aide existantes..

⁹¹ Pino et al 2012

⁹² Romer et al., 2006 ; Toussignant et al., 2005

⁹³ *Indications pour les professionnels des médias, OMS, 2002 et 2008*

Des actions de sensibilisation auprès des journalistes ont été menées à l'étranger, principalement sous forme de guides de recommandations sur le traitement médiatique du suicide (aux Etats-Unis, Canada, Angleterre, Ecosse, Irlande, Allemagne, Norvège, Suisse, Belgique, Australie, Nouvelle-Zélande, Japon, Hong Kong, Inde...). En Suisse, une directive du code de déontologie des journalistes concerne le traitement médiatique des suicides (directive 7.9 de la déclaration des devoirs et des droits du journaliste, Conseil Suisse de la presse).

Dans le cadre du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, la Direction générale de la santé et le Groupement d'études et de prévention du suicide, expérimentent des actions de sensibilisation au sein des écoles agrées de journalisme. L'objectif étant de proposer aux futurs journalistes des connaissances scientifiques permettant de mieux comprendre le phénomène du suicide, afin de le traiter de la manière la plus adaptée à une démarche de prévention.

Dans le cadre général de ces recommandations, une réflexion devra être menée sur le traitement médiatique des suicides lors des différentes phases de la vie notamment au cours de l'avancée en âge.

Témoignages et points de vue des différents membres du CNBD

Le comité de pilotage a souhaité faire figurer les contributions particulières de plusieurs membres du fait de leur approche et de leur point de vue spécifique concernant la prévention du suicide de la personne âgée.

>>> Le point de vue du Commandant de Police (Claude Michel SIRVENT)

La problématique du suicide chez les personnes âgées est appréhendée par la Police Nationale sous l'angle de l'expérience de terrain et du témoignage. Bien que le suicide ne soit pas une infraction pénale, il n'en reste pas moins une mort violente pour laquelle la liberté du sujet est altérée par plusieurs causes : abandon, désespoir, souffrance physique et psychique, manque de l'autre, l'inutilité... Ces causes se doublent fréquemment d'une précarité économique et relationnelle. Aussi, il n'existe aucune donnée chiffrée, nos outils statistiques ne discriminant uniquement la majorité ou la minorité de la victime et non la tranche d'âge (exemple : 60 ans et plus). Tous les appels téléphoniques émanant d'une personne âgée agression ou paraissant être victime d'une atteinte particulière sont pris en considération sans délai et donnent lieu systématiquement à l'engagement d'une patrouille dont la mission est de prendre contact physiquement avec la personne. Ces interventions ne donnent pas lieu à un chiffrage singulier.

Si la police nationale est en première ligne de ce constat sociologique et anthropologique, elle n'en reste pas moins sollicitée pour repérer les situations à risque, les vulnérabilités à travers le plan canicule, le plan sénior en partenariat avec la ville et les différents acteurs sociaux. Elles nécessitent la mobilisation des personnels de police ainsi que de tous les acteurs compétents et notamment, des organismes qui assurent différents services au bénéfice des personnes âgées (milieu associatif, services sociaux, organismes d'aide aux victimes, établissements publics, collectivités territoriales...).

Ces contacts sont réalisés non seulement par les fonctionnaires de police mais également par les bénévoles du service volontaire citoyen encadrés par des réservistes de la police nationale. Les services de police peuvent ainsi exploiter toute information portant sur des faits suspects, ou ayant trait à des situations d'isolement marqué, en vue de prendre toutes dispositions utiles, notamment en saisissant les brigades de protection de la famille.

>> >Le point de vue d'un citoyen (Daniel Carré)

Parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie, la morbidité n'est plus causée principalement par maladies contagieuses, mais par des maladies chroniques et dégénératives dont certaines sont à l'évidence une conséquence de nos modes de vie (pe diabète). Mieux vivre, c'est continuer à être actif sur tous les plans : physique, intellectuel, social, affectif, sexuel....Ceci implique de s'outiller pour faire face aux changements qu'entraînent le vieillissement. Facile à dire, possible à faire, quand on en a les moyens, les statistiques d'espérance de vie par niveau socio éducatif nous le montrent.

Dans ce contexte, la prévention de l'acte suicidaire s'intègre dans une conception de la prévention reposant sur l'« empowerment » et le maintien, voire le développement, de l'utilité sociale de la personne vieillissante. La finalité est que tout le monde prenne au mieux soin de son état de santé physique et mentale.

La problématique du suicide de la personne âgée s'insère dans celle de la fin de vie, car vieillir, c'est se rapprocher tous les jours un peu plus près de la mort. L'attitude générale est

aujourd'hui le déni de cette évolution, démontré par le peu de personnes qui écrivent des directives anticipées. Le taux de suicide des personnes âgées est le signe d'un désespoir très profond, difficile à prendre en charge à cause de l'insuffisance de l'offre géronto psychiatrique.

L'effort doit essentiellement porter sur deux points suivants qui sont liés :

L'information doit être centrée sur les problèmes spécifiques de la santé mentale des personnes âgées et les possibilités thérapeutiques concernant notamment la dépression.

L'information concerne l'incitation à réfléchir sur sa fin de vie et sur l'importance du dialogue concernant les conditions de la mort, tant avec ses soignants qu'avec ses proches.

Des multiples causes médicales, affectives et sociales ont des conséquences délétères sur les fins de vie, entraînant un certain nombre de souffrances et de mal être inacceptables. Cette situation appelle une profonde transformation des prises en charge, à domicile comme en établissement. Tout en gardant en vue que pour les personnes de grand âge, les troubles mentaux sont une pathologie de plus : la finalité n'est pas de guérir mais d'assurer les conditions les plus confortables pour que la fin de vie soit le plus agréable possible. La réduction du taux de suicide en résultera.

L'aide à mourir est l'ultime accompagnement du patient volontaire, conscient, entouré par ses proches et déterminé, qui anticipe et ne veut plus vivre les jours, mois ou années qui impliquent l'assistance permanente d'une médecine technicienne de plus en plus performante. Elle concerne de plus en plus de personnes âgées qui construisent une démarche réfléchie différente de l'acte désespéré de la personne âgée dépressive. La mort est inéluctable, la préparation à son arrivée est un excellent moyen pour demeurer lucide et pour espérer contrôler jusqu'au bout ses conditions de vie.

Je suis personnellement favorable à cette aide à mourir qui devrait pouvoir être prodiguée de manière ouverte, contrôlée et sereine dans une société qui produit un allongement de la durée de la vie que l'humanité n'a jamais connue. Je témoigne que cette demande est relativement fréquente, même si le passage à l'acte ne concerne qu'une petite minorité de ceux qui expriment cette volonté.

Cette évolution n'entraîne pas une attitude résignée devant le suicide de la personne âgée, en face duquel il convient de renforcer les démarches de prévention. En effet, de multiples témoignages montrent que ceux qui font une demande d'aide à mourir sont fortement soulagés de l'angoisse de perdre le contrôle de leur propre vie.

La dimension culturelle et philosophique que soulève la fin de vie dans notre société actuelle est très importante. Les artistes et créatifs ont plus à dire sur ce sujet que les journalistes. Il faut ajouter aussi la dimension spirituelle, comme l'a fort justement fait ressortir Olivier de Ladoucette .

La mort de la personne âgée est considérée comme dans l'ordre courant de la vie. Plusieurs facteurs s'opposent à une prévention efficace du suicide.

L'évolution du regard de la société sur la question de l'euthanasie, qui s'appuie sur le mouvement fondé sur l'idée de « mourir dans la dignité », pourrait renforcer l'idée que le suicide de la personne âgée est acceptable, en lien avec la perspective du vieillissement de la population, de sa perte d'autonomie et des répercussions financières potentielles.

Enfin, notre société est marquée par le déni de la mort, qui fait du suicide de la personne de grand âge un tabou dont il ne faut pas parler. Le suicide est l'effet dramatique de causes multiples qui conduisent à l'ultime appel.

En complément, la sensibilisation des personnes âgées aux dispositifs qui permettent de maîtriser leur fin de vie doit être renforcée. Ces dispositifs prévus dans le code de Santé Publique (Directives anticipées et Personne de confiance) et dans le code de la famille (Mandat de Protection Future) permettent d'affirmer l'autonomie devant la grande inconnue qu'est, pour tous, la phase terminale de la vie. Ces dispositions pourraient être diffusées par les médecins

généralistes, comme le prévoit le code d'éthique de l'association des médecins Suisse;⁹⁴ L'échange avec le médecin sur les directives anticipées est en effet un instant privilégié pour établir un bilan partagé et pour révéler un état dépressif éventuel qui pourrait entraîner une conduite suicidaire.

>>> Le point de vue d'un psychiatre (Philippe Guillaumot)

Je souhaiterais faire une réflexion épistémologique .Dans tout ce que j'ai lu, aucun des textes n'omet d'introduire le sujet sans en parler comme d'une complexité. (on peut peut-être laisser de côté l'état dépressif majeur qu'on appelait la mélancolie franche qui correspond à un état dépressif intense avec des idées délirantes qui ne semble pas avoir beaucoup changé de forme au cours des siècles, puisqu'elle était décrite dans l'Antiquité et qui reste très suicidogène . Etonnamment, souvent les idées délirantes congruentes à l'humeur, qui font partie du tableau clinique sont souvent mal repérées, quand elles sont très centrées sur la réalité dans leur formulation : par exemple « je ne peux rester à l'hôpital, car je n'ai plus mes droits sociaux et je suis ruinée » " mes intestins sont bloqués, je ne suis pas allée aux toilettes depuis 15 jours, donc je ne peux plus manger").

Et toute la méthodologie qui suit , me parait se décliner , me semble-t-il en partie , trop prioritairement dans une logique linéaire , où le salut ne viendrait que de l'acquisition d' un savoir , si possible très prédictif, qui précéderait la rencontre ; toute rencontre avec un suicidant potentiel .Donc la solution passerait par le repérage de ces informations .Alors qu'en même temps pour une part des situations et sujet , on est en situation de crise et d'imprévisibilité potentielle , d'hypothèse d'un risque , où il va falloir accepter d'avancer à tâtons , en sachant que nos manières de faire , ou de ne pas faire , ou de ne pas savoir faire , peuvent influencer la suite , et nous rendent partie prenante de la construction de cette réalité . .Il faut donc des équipes de crise, des équipes ressources, acceptant de partager cette vulnérabilité passagère où les interrogations l'emportent d'abord sur les certitudes, du côté soignant et aidant, avec le soutien dont nous avons besoin, nous aussi alors comme professionnels. Car ne nous apprend-t-on pas trop dans nos formations, à croire que nous posséderions des savoirs fiables, capables de résoudre les problèmes professionnels que nous rencontrons, et où l'incertitude n'aurait pas beaucoup de place ? Peut-on travailler sans les autres dans ce domaine ? Regardons-nous travailler ou ne pas travailler en réseau ? Si nous faisons l'hypothèse que l'auxiliaire de vie qui passe plusieurs heures chez la personne âgée est porteuse d'un savoir, peut-être plus émotionnel que cognitif, sur le vécu dépressif de son client et de son intensité, donc du potentiel suicidaire ? Et si c'étaient ces agents, les moins qualifiés, dit-on, qui possédaient où recevraient les informations les plus utiles dans notre domaine ? Quelles conclusions faudrait-il en tirer, sur ce que l'on pourrait appeler un réseau sentinelle, qui prendrait en compte ce savoir ? Mais la confiance à créer dans le réseau, pour qu'on puisse s'écouter et s'entendre, se reconnaître aussi, prend du temps, et du « labourage ». Ce n'est pas un système clef en main, qu'on s'échange d'un territoire à l'autre, après décision d'en haut.

Je donnerais comme exemple aussi, à juste titre la nécessité de s'y repérer, de détecter la fameuse crise suicidaire, comme processus en marche, qu'il faut arrêter .Mais rien n'est dit de ce que cela peut faire vivre aux soignants de s'y confronter .Par expérience, je ressens à chaque fois cela comme une lourde responsabilité, y compris émotionnelle. Ce patient qui sort de ma consultation, où dont me parle en réunion de synthèse ou de régulation, ai-je bien évalué son risque suicidaire ? Ne peut-on imaginer que c'est dans ce savoir-faire et être là, qu'il y aurait des enjeux de progrès ? Car s'autoriser à questionner son patient sur ses pensées suicidaires et un éventuel scénario en marche, c'est s'engager profondément, et ne plus pouvoir lâcher, avant résolution. C'est ne pas renvoyer à un autre, potentiellement ou fantastiquement plus capable,

⁹⁴ http://www.fmh.ch/files/pdf11/Directives_et_recommandations_directives_anticipees.pdf

sans s'assurer d'assumer un relais très délicat etc. Quand j'ai fait récemment, une réunion avec des professionnels sociaux et d'EHPAD, dans un contexte de post-vention après un suicide par défenestration, c'est un peu ce message qui revient. On ne sait pas " .J'entendais aussi "ça nous fait peur de nous engager, on ne sait pas comment faire et comment ça va tourner. Peut-être, se disait-il, on a besoin de soutien pour y aller. Il y avait eu un rapport de l'ARS et du Conseil Général, qui orientait un peu du style, vers "il faut trouver un psy, tout de suite " .Toujours un peu la même idée, le bon malade au bon guichet. Comme si les malades étaient forcément ordonnés et compliants, surtout dans ces circonstances ? Mais d'autres disent aussi que la prévention du suicide, c'est l'affaire de tous, mais aussi des autres professionnels proches, pas que le médecin généraliste, qui en a beaucoup sur le dos, à force d'être le pivot de tout. Il faut qu'on l'aide. De nombreux professionnels de l'aide, passent beaucoup de temps près des personnes âgées, et elles sentent avec leurs émotions, que quelque chose ne va pas. Mais quel relais ? Quelle référence d'équipe ? Quel temps de régulation pour parler de ce que cela fait vivre et comment on peut partager ses interrogations ? Qu'elle organisation transversale visible et accessible de réseau ? (Les équipes mobiles, l'hospitalisation géronte-psychiatrique à créer ?) Et là, on est bien dans une méthodologie différente. On a moins besoins d'experts portant tout le savoir, que d'un partage d'expérience formative, où différents savoir peuvent peut-être devenir inter, sinon transdisciplinaires.

>>>Le point de vue d'une représentante d'une association d'usagers

L'histoire de Madame M et de Monsieur P par Hélène Chartier (Association d'usagers)

A l'âge de 83 ans, Madame M fut victime d'un infarctus médullaire lui causant brutalement une paralysie des membres inférieurs, une incontinence totale et un état de dépendance. Veuve et désespérée de l'être, elle n'en était pas moins hyper active, se déplaçant et voyageant beaucoup. Elle a été véritablement sidérée par sa perte d'autonomie et n'a pas trouvé les ressources mentales nécessaires pour s'adapter à ce nouvel état. Elle a baissé les bras.

Pendant deux ans, sa famille a pu la maintenir à son domicile avec l'aide d'une association prestataire qui prenait en charge les toilettes et un accompagnement dans l'après-midi jusqu'au repas du soir. Cependant, son moral a continué à se dégrader. Elle était paniquée lorsque les intervenants avaient du retard ou ne venaient pas et se plaignaient du trop grand nombre d'intervenants. Puis est venu le moment d'avoir une assistance 24h/24, particulièrement couteuse. Le montant de l'APA n'était pas suffisant, malgré une pension confortable laissée par le mari de Madame M. La famille a décidé de placer Madame M dans un EHPAD. Cette décision fut très difficile à prendre. Après de nombreuses visites d'établissements, la famille a retenu une maison de retraite privée, à proximité du domicile des proches. Le lieu était bien entretenu et joli et Madame M mère a donné son accord pour y entrer.

Madame M s'est alors installée dans un espace extrêmement confiné et petit, devant s'habituer à vivre en fauteuil roulant le long de son lit... Elle ne peut se lever ni marcher, elle est de forte corpulence et nécessite un lève-malade nécessitant deux personnes. Son rythme de vie a changé avec la nécessité de s'accoutumer à des horaires très contraignants. En effet, Madame M se couchait très tard, lisait fort tard dans la nuit et avait pour habitude de se lever vers 9h30 . Or, dans cet établissement, on réveille les résidents entre 4 et 6 heures du matin afin de procéder au change des protections. Puis interviennent le petit déjeuner, les toilettes, (10 à 12 minutes en moyenne)... Le soir, on descend les résidents à 18 heures pour un dîner à 18h30. Ceci permet d'avoir le temps de remonter les résidents dans leurs chambres et de les coucher, le personnel repartant à 20h... Madame M qui est mise au lit à 19h15 supporte mal ces contraintes. Pour elle, ils représentent une forme de violation et sont facteurs d'insatisfaction : ils génèrent soit une

soumission passive, soit une révolte et un désir d'en finir. Son ressenti exprimé est celui d'être "chosifié", lié au sentiment d'inutilité et de dépendance, elle se sent obligée de se soumettre pour ne pas gêner.

Par ailleurs, Madame M a été placée à une table pour prendre des repas avec des personnes qu'elle n'a pas choisies et dont elle ignore le nom. La proposition de la famille de mettre de petits chevalets avec les noms près des assiettes n'a pas été suivie. Le moment du repas qui devrait être un moment de plaisir partagé devient ainsi une véritable corvée. Enfin, on propose à Madame M des distractions qui ne sont pas du tout adaptées à ses attentes, par exemple des activités de karaoké.

Tout cela a participé à son désir d'en finir avec la vie. Très cultivée et au courant des pratiques concernant l'euthanasie assistée à l'étranger, Madame M a supplié son entourage de l'emmener en Belgique afin d'y mourir dans la dignité. Son entourage n'a pas accédé à sa demande.

Ne se sentant pas comprise Madame M a tenté de mettre fin à ses jours en se faisant tomber de son lit, emmenant dans sa chute un cadre contenant une photo de son mari. La partie en verre s'étant brisée, elle a pris les bouts de verre et s'est tailladée les jambes, les bras, le visage et en était au cou lorsqu'une aide-soignante est passée dans sa chambre. Les pompiers l'ont conduite à l'hôpital afin de lui faire des points de suture. Madame M était désespérée de n'avoir pas pu mourir. Depuis, elle est surveillée, on a mis des barrières à son lit ce qui augmente son angoisse et son sentiment d'enfermement. Elle a essayé de mettre de côté les médicaments si bien que maintenant on s'assure de la prise. Elle a essayé de ne plus manger et de ne plus dormir, de ne plus boire. Elle trouve inadmissible la discrimination qui existe entre elle, privée de moyens, et les personnes valides qui ont le choix des moyens. Elle étouffe littéralement devant cette privation de la liberté de mettre fin à ses jours.

La psychologue de l'établissement est complètement débordée. Or, la demande est simple, chez la plupart des résidents : c'est l'écoute. Ils aimeraient que l'on vienne parler avec eux, qu'on leur consacre un peu plus de temps, qu'on les écoute.

Monsieur P (le frère de Madame M) vivait à son domicile avec sa femme. Il était malade depuis de nombreuses années et devait se rendre 3 fois par semaine à l'hôpital pour y subir des dialyses. Ces déplacements le fatiguaient de plus en plus d'autant qu'un cancer du pancréas, se généralisant, est venu aggraver son état physique. Il a tenu bon pendant longtemps jusqu'à ce que son corps commence à se détériorer, ses souffrances à augmenter. Il a réuni un jour sa femme et ses enfants et leur a fait part de son désir d'en finir avec son existence. Il savait qu'en supprimant ses séances de dialyse il ne survivrait pas plus de huit jours. Il a donc choisi de les supprimer, en accord avec ses médecins qui ont respecté son choix à condition qu'il se fasse accompagner. Une équipe mobile de soins palliatifs est donc venue estimer la situation. La famille de Monsieur P a constaté le grand professionnalisme de cette équipe. Voici leur témoignage : « Ils ont été remarquables dans leurs conseils, la prise en charge de l'épouse de Monsieur P et de ses enfants, leur écoute, leur grande empathie à l'égard de Monsieur P et leur disponibilité 24/24h ». C'est ainsi, très entouré et respecté dans son choix, que Monsieur P s'est éteint avec sérénité et dans la paix, huit jours après l'arrêt de ses dialyses.

Il ressort de mes constats d'accompagnements (en tant que famille d'une part et bénévole d'autre part, et sur les deux terrains que sont le domicile et l'institution) que le manque d'écoute lié au manque de temps des divers intervenants auprès des PA est un facteur aggravant qui contribue à un sentiment d'abandon et à un état dépressif. Seuls les bénévoles et les familles ne sont pas liés à des contraintes horaires. Je continue donc de penser que l'un des éléments indispensables concernant la prévention du suicide chez la PA réside dans le TEMPS que l'on devrait pouvoir lui consacrer.

Il a été évoqué la possibilité pour la PA de se déplacer vers un CMP afin d'y bénéficier d'une visite qui serait prise en charge financièrement, auprès d'un psy. Il a également été question de séjours possibles en hôpital de jour.

C'est une proposition tout à fait intéressante à la condition toutefois que la PA soit assez valide pour s'y rendre. En effet, le recours aux transports spécialisés présente des difficultés génératrices d'angoisse : prise de rendez-vous, organisation du déplacement, attente... véhicule en retard et embouteillages pouvant faire rater le rendez-vous...

Et pour ce qui est de l'hôpital de jour, encore faut-il qu'il soit équipé en local spécifique et en aides-soignants pour assurer les changes et toilettes des personnes handicapées incontinentes (matériel, lève-malade etc..). La contrainte n'est pas négligeable.

En institution, le temps consacré aux interventions des psychologues est extrêmement faible et par conséquent l'efficacité est très limitée, voire nulle. Au domicile, il est très rare qu'un psychologue veuille bien se déplacer et par ailleurs, l'absence de prise en charge par la sécurité sociale représente un frein considérable. Ne serait-il pas possible d'envisager que des psychologues soient rémunérés pour se déplacer auprès des personnes âgées quel que soit leur lieu de résidence ?

En ce qui concerne le recours à des appels téléphoniques du style « suicide-écoute », il apparaît que cette offre, bien qu'indispensable, soit bien difficile à utiliser. La PA peut ne pas être informée de l'existence de ce numéro d'appel et d'autre part, étant bien souvent mal-entendante, elle risque de s'abstenir d'appeler ou surtout de ne même pas penser à ce recours, le téléphone n'étant, bien souvent, déjà plus un outil de communication pour elle.

Pour que le suicide ne soit pas un ultime recours, il semblerait indispensable de sensibiliser tous les acteurs de santé, les familles, les voisins et tous les citoyens à être vigilants.

Ne peut-on envisager une campagne d'affichage avec un slogan très court et très clair du style « vigie-grand âge » où il ressortirait que les personnes âgées ont besoin de nous et que nous avons besoin d'elles, qu'il nous faut ouvrir l'œil, tendre la main et l'oreille ?

>>> Le point de vue d'un psychologue (Louis Ploton)

La vulnérabilité psychologique de la personne âgée

Le vieillard peut être comparé à un immigré dans le temps, c'est-à-dire à quelqu'un vivant dans un pays très différent de celui dans lequel il est né et a été élevé, du fait de sa confrontation à d'autres rapports : à la loi, au travail, à l'argent, à la rue, à l'autre sexe etc (Ploton ref). Et cela dans un contexte de vulnérabilité corporelle et des atteinte narcissiques qui le vulnérabilisent, dans le cadre d'une crise d'identité comparable à la crise d'adolescence (avec les mêmes fragilités). De plus, l'avancée en âge conduit à risquer de devenir spectateur de l'histoire. Une histoire vécue par procuration, en étant passé du statut de membre actif, exerçant des responsabilités, à celui de membre honoraire. Car il s'agit bon gré mal gré de laisser la place, toujours plus de place à d'autres, de faire le deuil de positions que l'on n'a plus les moyens de « tenir », puis à un degré de plus, deuil après deuils, de devoir se faire protéger en renonçant encore un peu plus à l'exercice du pouvoir (donc de l'autonomie). Or qui dit deuils dit risque dépressif. Il suffit alors d'un moment de solitude de trop ou d'une humiliation de trop pour qu'un projet (voire un raptus) suicidaire survienne. C'est sans doute là, avant qu'il soit trop tard, que le rôle des professionnels peut être déterminant en passant d'un mode d'intervention impersonnel (purement technique, mécanique) à des interventions qui signifient au bénéficiaire qu'il compte pour eux, qu'il est investi par eux, c'est-à-dire en créant et en entretenant de vrais liens affectifs (qu'il faudra gérer par ailleurs). Cela passe, par exemple, par la limitation du nombre des intervenants auprès d'une même personne : en finir avec les rotations d'intervenants, « pour ne pas avoir de liens affectifs ! ». Car précisément tout est dans l'affect, c'est lui qui est déterminant

de vie ou de mort ! Mais, à la base, cela exige une meilleure formation à la psychologie du grand âge, en direction des intervenants de terrain, du médecin à l'auxiliaire de vie, sans omettre, aussi et surtout, les responsables de services d'aide et de soins. Et, dans ce registre, un rôle plus important doit être dévolu aux psychologues cliniciens, tant dans la formation des intervenants que dans l'accompagnement théorique et clinique de ceux-ci, à tous les niveaux.

La discrimination négative à l'égard des personnes âgées et de la vieillesse (Anne-Laure Fombaron)

Dans son rapport remis en mars 2013 suite aux travaux du Comité Avancée en âge, le Docteur Aquino présente la représentation de la vieillesse dans notre société comme l'un des facteurs expliquant les discriminations quotidiennes que peuvent connaître les personnes âgées.

Cette vision négative de la vieillesse fonderait un ensemble de comportements collectifs tendant à minorer la place des personnes âgées dans notre société. N'étant plus insérés dans le marché du travail, perdant leur utilité dans la sphère productive ou ne correspondant aux critères esthétiques communs, les personnes âgées perdraient leur statut de citoyen à part entière. Dans cette optique, le vieillissement engendre un terreau propice à la perte des liens sociaux, qui peut dès lors produire une base pour l'isolement social. Ce même isolement social constitue un facteur décisif dans la perte d'autonomie des personnes âgées et peut alimenter des situations dépressives, pouvant évoluer en situations à risque suicidaire.

Cette représentation de la personne âgée dans la société explique le manque d'investissement dans la lutte contre les discriminations liées à l'âge jusqu'à aujourd'hui, mais aussi dans la prévention du suicide contre les personnes âgées.

Le rapport appelle au contraire à lutter contre les idées préconçues et à faire pleinement une place aux personnes âgées dans la société française, sans opposer les générations entre elles. Une valorisation de la vieillesse apparaît urgente dans notre société, afin d'initier un changement de mentalité à l'égard de nos aînés.

Le rapport Aquino propose en ce sens une fiche action proposant des pistes d'actions pour lutter contre l'isolement et le risque suicidaire chez la personne âgée. La fiche action n°15 sur la dépression et la prévention du risque suicidaire chez la personne âgée préconise d'améliorer la prévention du suicide chez la personne âgée, en renforçant l'identification et la prise en soins de la dépression et de souffrance psychique chez la personne âgée. La sensibilisation et la formation des acteurs de la prise en charge, au domicile ou en établissement, ainsi que des familles aux risques de dépression est une piste de réflexion pour améliorer le repérage et la prise en charge des situations de risque suicidaire.

Propositions du Comité

Cette partie est dédiée aux propositions du comité en vue de l'amélioration des actions et des pratiques professionnelles de prévention du suicide des personnes âgées

Objectifs

1. Promouvoir le Bien Vieillir et prévenir l'isolement des personnes âgées dès 65 ans
2. Structurer le parcours de soins et organiser l'interface entre la psychiatrie, la gériatrie et la médecine générale
3. Sensibiliser et former tous les acteurs à la prévention du suicide
4. Mettre en œuvre une politique active de programmes de recherche

Propositions

Mesure 1:

Information et communication à destination du grand public

Détermination d'une charte médias

Mesure 2:

Amélioration de la formation initiale et continue de tous les intervenants auprès des personnes âgées : bénévoles et professionnels

Mesure 3 :

Valorisation des actions déjà existantes et structuration des dispositifs de prévention du suicide des personnes âgées et de postvention sur l'ensemble du territoire

Diffusion des outils mis à disposition des professionnels

Mesure 1:

Information et communication à destination du grand public

Détermination d'une charte médias

Objectifs :

>Sensibiliser le grand public au concept de Bien vieillir,

>Diffuser des messages simples et valorisants sur le vieillissement :

>Développer et promouvoir des programmes de prévention de l'isolement et de la fragilité physique et psychique des personnes âgées.

Information et communication à destination du grand public

Ce travail de communication pourra être décliné :

- au niveau national, via une campagne de communication portée par l'INPES proposant des messages populaires, valorisants et facilement appropriables par le grand public. Des exemples pourraient être : « *La dépression n'est pas une fatalité / n'est pas inéluctable* », « *La vieillesse peut être une étape difficile à surmonter* » « *une aide psychologique peut être apportée même aux âges les plus avancés* ».....

- au niveau local, via des brochures/flyers proposées par le Conseil général ou l'ARS reprenant les messages nationaux et précisant les ressources/acteurs territoriaux existants.

Ces brochures seraient mises à disposition du grand public à l'accueil des services publics et associatifs intervenant dans le secteur gérontologique.

Ce mode de communication est notamment celui proposé au sein de certaines fiches action du rapport Aquino⁹⁵.

Au-delà des modalités habituelles de communication (TV, radio, presse, campagne d'affichage...), il est enfin indispensable d'évoquer le rôle d'internet et des réseaux sociaux. Les personnes vieillissantes deviennent de manière de plus en plus fréquente des utilisateurs assidus et compétents des « nouveaux médias ». Toute stratégie de communication doit donc intégrer non seulement le rôle que des sites et des échanges de mail jouent, mais aussi des médias comme Face Book et Twitter, adaptés aux Smart Phones et aux Tablettes. La mise en œuvre des TIC deviendra très rapidement un complément indispensable de l'établissement de liens sociaux, particulièrement importants dans la prévention du suicide.

Le contenu des programmes

Outre la sensibilisation au Bien Vieillir, il est nécessaire de développer des programmes délivrant des informations permettant aux personnes âgées, dès 65 ans, de mieux gérer les situations de crises ou de transition en améliorant leur stratégies de résolution des problèmes (coping) face au stress.

En particulier, la perte du rôle professionnel lors du départ à la retraite et la perte de rôle social inhérent entraînent souvent une baisse de l'estime de soi et renforcent l'isolement, notamment chez les hommes. Dans le cadre des stages de préparation à la retraite et dans l'accompagnement au départ à la retraite mis en place par les DRH, préconiser un renforcement

⁹⁵ Les fiches actions concernées sont celles portant notamment sur la promotion de la santé (Fiche action 6), l'alimentation (Fiche action 11), la promotion et le développement d'activités physiques et sportives (Fiche action 12), la santé bucco-dentaire (Fiche action 13), l'isolement (Fiche action 14) avec en particulier le programme de Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées : «MONALISA».

de la sensibilisation au risque de perte de lien social et d'accentuation de la solitude. Pistes pour valoriser l'expérience et valoriser l'estime de soi: bénévolat de compétence, tutorat en entreprise,....

L'annonce du diagnostic d'une maladie sévère ou de son aggravation éventuelle chez un patient âgé est un second exemple de situation de crise qui impose de mettre en place un dispositif de soutien et de prévention.

Le fait que la dépression n'est pas inéluctable au cours du vieillissement et qu'elle peut être traitée avec succès est un message qui doit être largement diffusé auprès du grand public et des personnes âgées. En effet, ces actions de sensibilisation (visant à éviter la stigmatisation de la dépression) auprès des personnes âgées s'avèrent efficaces comme l'a démontré le programme d'intervention japonais permettant l'information des personnes âgées sur la dépression, son diagnostic et sa prise en charge médicale⁹⁶.

Les journées de sensibilisation et rencontres citoyennes déjà mises en place dans de nombreuses régions françaises devraient être poursuivies et développées à l'intention de certains publics spécifiques telles que les personnes âgées.

Le comité insiste sur l'intérêt de faire passer des messages très simples comme celui développé pour l'alimentation «Chaque jour, mangez 5 fruits et légumes» qui peuvent facilement être mis en œuvre par les personnes, comme par exemple favoriser les actions créatrices de liens intra-communautaires, lutter contre les stigmatisations liées à l'âge et pratiquer un activité physique adaptée ayant une action positive sur le bien-être.

Détermination d'une charte media

Les médias peuvent jouer un rôle essentiel dans la prévention du suicide. La commission souligne l'importance d'établir une charte éthique avec eux. Ce traitement du suicide par les médias n'est pas sans incidence. Le seul fait de son énoncé rend sans doute pensable le même acte pour des personnes en crise, surtout si la personne qui s'est tuée était connue et appréciée, ou dans une situation proche.

Il est recommandé de ne pas mentionner le moyen du suicide, de ne pas présenter de photos, de ne pas donner le sentiment que le suicide a un motif unique, de ne pas l'héroïser ou le justifier, de ne pas trop s'attarder sur ces événements. En lien avec l'impact de l'information, et dans le respect de leurs missions, les journalistes peuvent faire passer des messages positifs de prévention du suicide, notamment en évoquant l'existence de signes d'alerte repérables ou les ressources d'aide existantes.

Dans le cadre des actions de sensibilisation au sein des écoles agréées de journalisme menées par la Direction générale de la santé et le Groupement d'études et de prévention du suicide, visant à proposer aux futurs journalistes des connaissances scientifiques permettant de mieux comprendre le phénomène du suicide, afin de le traiter de la manière la plus adaptée à une démarche de prévention, les aspects particuliers aux personnes âgées devront être spécifiquement abordés.

⁹⁶ MG & psychiatres, Oyama 2004, 2006

Mesure 2:

Amélioration de la formation initiale et continue pour tous les intervenants auprès des personnes âgées : bénévoles et professionnels

Objectif :

Garantir une formation de qualité sur les questions de la souffrance psychique et du suicide des personnes âgées, des facteurs de risque, des conduites à tenir en situation de crise, etc. pour les professionnels du secteur gériatrique.

Développer ces modules spécifiques tant lors des formations initiales que lors des formations continues

Le comité propose de renforcer, dans toutes les régions, les programmes de formation pluridisciplinaire et transversale visant au repérage de la crise suicidaire et à la prise en charge des endeuillés après suicide, afin d'améliorer les compétences des professionnels et des bénévoles des institutions sanitaires et sociales et des associations, afin de favoriser l'utilisation par les divers intervenants d'outils communs de réflexion et d'action, en ayant recours à des organismes de formation agréés. Il faut distinguer à cet égard la nécessité de sensibiliser un certain nombre d'acteurs aux situations à risques suicidaires (personnes sentinelles), d'une part, et de former d'autres acteurs au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire d'autre part.

Renforcer les actions de formation des personnes sentinelles (professionnels, aidants et bénévoles en contact avec les personnes âgées ou très âgées) au repérage de la dépression et de la crise suicidaire chez la personne âgée. Par ailleurs la sensibilisation des acteurs n'a de pertinence que si elle est articulée avec la prise en charge, c'est-à-dire si les acteurs que l'on sensibilise savent à qui et comment, adresser les personnes en souffrance.

Les personnels du domicile tout comme les personnels des établissements doivent être formés pour dépister les troubles de l'humeur et les risques suicidaires.

Les programmes devraient permettre de les sensibiliser à détecter les facteurs de risque de suicide et favoriser la recherche d'aide (en évitant la stigmatisation) dans les situations de détresse. Ceci exige une meilleure formation à la psychologie du grand âge.

Pour les bénévoles, ces actions entreront dans le cadre du programme MONALISA.

Il pourra être fait appel au Conseil de Développement de la Vie Associative (CDVA) pour la promotion de la formation des bénévoles.

Le comité souhaite insister sur l'intérêt de développer la formation à distance. En particulier, l'UNPS développe dans le cadre d'une convention avec l'université de Compiègne un programme de formation à distance à partir d'éléments communs pluridisciplinaires utilisés dans des formations classiques d'associations d'aide et d'accompagnement et destinés aux accompagnants et écoutants (La porte Ouverts, SOS Amitié, Recherche et Rencontres.....).

Former les professionnels des secteurs médico-social et sanitaire dans le cadre de la formation initiale (en privilégiant les échanges inter disciplinaires et inter professionnels) et continue en particulier par le biais de la formation interprofessionnelle (OGDPC).

En particulier, il s'agira de renforcer les actions de formation dispensées aux médecins généralistes sur le repérage des facteurs de risque et de la crise suicidaire chez les personnes âgées et aux spécialistes (psychiatres, gériatres) sur le dépistage et accompagnement de la souffrance et des troubles psychiques des personnes âgées.

Les psychologues, acteurs importants des soins, devront également bénéficier d'une formation dans ce domaine.

Il est par ailleurs important d'intégrer au projet d'établissement des hôpitaux et des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées une thématique « prévention du suicide » déclinée en trois temps : formation des personnels, procédure de suivi et d'accompagnement en cas de repérage, organisation visant à la réduction de l'accès aux moyens létaux.

Le comité insiste tout particulièrement sur la nécessité de traiter le thème du suicide des personnes âgées dans toutes les formations déjà existantes sur le suicide.

Mesure 3:

Valorisation des actions déjà existantes et structuration des dispositifs de prévention du suicide des personnes âgées et de postvention sur l'ensemble du territoire.

Diffusion des outils mis à disposition des professionnels

Objectifs :

Mettre les personnes âgées au cœur d'un dispositif où chacune des interventions auprès d'elles (médico-psycho-sociale...) est complémentaire

Donner une réelle visibilité aux dispositifs et outils déjà en place

L'action proposée aura trois volets :

Volet 1 : Etat des lieux exhaustif des dispositifs de prévention mis en place sur le territoire

Dans un premier temps, un état des lieux pourra être mené par les Agences Régionales de Santé (ARS) sur leurs territoires de santé (éventuellement à partir des données déjà disponibles) en lien avec les Conseils Généraux, concernant les actions de prévention et de postvention en cours. Il permettra de faire une cartographie et de déterminer les zones du territoire où un tel dispositif de prévention est opérationnel et celles où un tel dispositif n'a pas encore été mis en place.

Une remontée de la connaissance de ces dispositifs au niveau national permettra de faire une synthèse et de déterminer les actions potentiellement les plus pertinentes.

Volet 2 : Appel d'offre national pour les territoires les moins pourvus:

Dans un second temps, un appel d'offre portera sur les territoires les moins pourvus (c'est-à-dire des territoires sans dispositif organisé de prévention du suicide des personnes âgées) afin de mettre en place des actions s'inspirant des actions déjà mises en œuvre et repérées comme les plus pertinentes. Cet appel d'offre sera mené conjointement par l'ARS en lien avec les Conseils Généraux (voir rapport Broussy et Aquino).

Il nous semble particulièrement important que les dispositifs puissent inclure un schéma de l'organisation proposée avec notamment

1. L'identification des trois niveaux d'alerte sur le modèle du groupe dispositif d'alerte:
 - a. -les personnes qui ont un rôle d'alerte : les personnes sentinelles en contact direct avec les personnes âgées (intervenants à domicile, pharmacien, dentiste, ...), les associations de bénévoles dans le cadre du programme MONALISA.
 - b. - les personnes qui analysent l'alerte : MG, secteur médico-social (Conseil Général (équipes médico-sociales), CLIC, CCAS
 - c. - les personnes qui traitent l'alerte et accompagnent les personnes : coordination gérontologique (Conseil Général (équipes médico-sociales), CLIC, CCAS, réseaux et filières gériatriques) et secteur psychiatrique (hospitalier ou libéral) en lien avec le MG.

On identifiera deux parcours d'accompagnement : l'un pour les personnes âgées déjà dans le circuit de soins pour lesquelles le dispositif veillera à simplifier son parcours (Parcours Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie : PAERPA) et l'autre pour les personnes hors du circuit de soins que le dispositif veillera à faire accéder aux soins.

En particulier, on veillera à accroître le nombre et l'accessibilité à des consultations spécialisées pour les personnes âgées ayant des troubles psychiatriques et un risque suicidaire faites par des spécialistes formés aux spécificités de la psychiatrie du sujet âgé et aux particularités du vieillissement et de ses pathologies.

2. L'identification des missions des intervenants notamment :
 - a. repérage des facteurs de risque et de la crise suicidaire et rôle d'orientation

- b. prise en charge effective de la crise suicidaire et des troubles psychiatriques des personnes âgées, soutien des facteurs protecteurs. Il sera nécessaire de formaliser des suivis ambulatoires de patients dépressifs (temps de psychologue, infirmier) à domicile comme en établissements.
- c. accompagnement des familles endeuillées par le suicide (postvention).

Une place significative devrait être faite pour les psychologues cliniciens qu'il faudrait pouvoir employer beaucoup plus dans un véritable rôle de « coach » et dont il conviendrait d'augmenter le nombre tant en établissement qu'à domicile. En effet, les psychologues sont formés pour exercer un rôle de conseil, de médiations, et d'accompagnement psychoaffectif irremplaçable auprès des malades et de leur famille, que ce soit par exemple au fil des épreuves d'un soutien à domicile ou dans la préparation et le bon déroulement d'une entrée en résidence pour personnes âgées.

De plus, il serait utile de mieux tirer profit de leurs connaissances au plan institutionnel (à titre préventif) comme, par exemple, dans la mise en place des plans d'aide ou des projets de soin, mais aussi dans l'élaboration des projets de service ou des projets d'établissement.

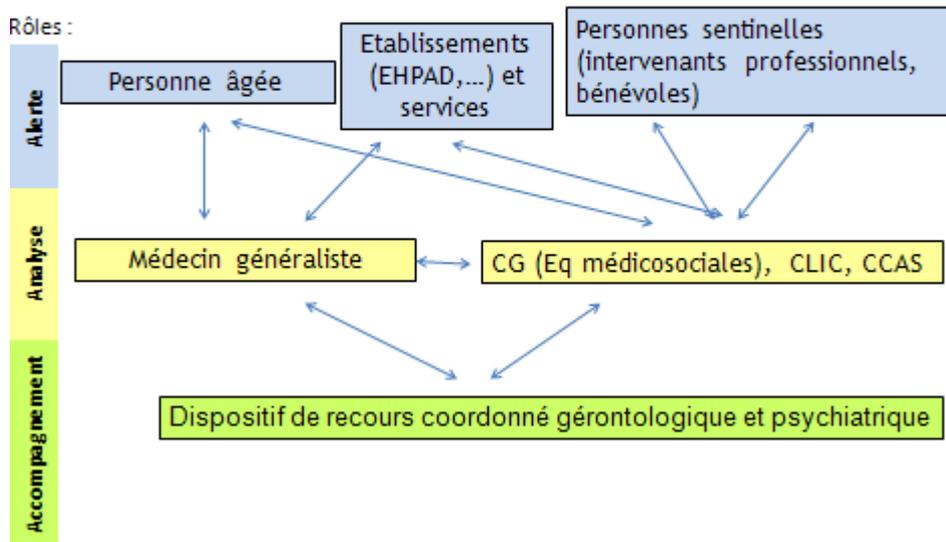
3. Des actions de formations en lien avec les organismes de formation professionnelle. On fera appel à des boîtes à outils à destination des professionnels (en particulier l'outil Mobiquil sur la dépression des personnes âgées, les formations « Prévention du suicide JL Terra »).
4. Une description des structures porteuses et un plan de collaboration. Le dispositif de recours proposé qui s'appuiera sur des structures préexistantes au niveau local proposera et mettra en œuvre une coordination effective et forte entre le secteur gérontologique, le secteur psychiatrique et les médecins généralistes avec un travail concerté entre ces différents professionnels et le tissu associatif local. On peut proposer aux Accueils de Jour Alzheimer ou syndrome apparentés d'accueillir des patients déprimés et isolés pour les stimuler, restaurer leur narcissisme en les valorisant, jusqu'à une amélioration de leur état.
5. Une réflexion et un plan d'action sera également fait au niveau du territoire pour limiter l'accès aux moyens létaux : armes à feu, substances toxiques.

Propositions d'indicateurs pour l'évaluation de ces actions

Indicateurs pour l'évaluation des actions

- nombre de médecins généralistes et spécialistes formés
- nombre de professionnels non médicaux formés
- nombre de dépressions diagnostiquées
- durée de prescription des antidépresseurs
- diminution du nombre des décès par suicide et des tentatives de suicide.
- nombre de professionnels accompagnant les personnes âgées à domicile et en établissements

Structuration du dispositif



On veillera notamment à la bonne application de la consultation sans délai (article 15.2.4 de la NGAP).

Volet 3 : Appel d'offre en recherche :

Un appel d'offre en recherche devra s'axer sur :

- La fragilité et les troubles mentaux
- Le développement et l'évaluation scientifique de prise en charge spécifique (prévention et postvention du suicide des personnes âgées.

En particulier, plusieurs interventions décrites dans la littérature s'avèrent prometteuses et mériteraient d'être évaluées en France telles que :

- Les interventions visant à rompre l'isolement des personnes âgées par un service téléphonique comprenant deux options ; une option d'appel à utiliser en cas de besoin, et une option de suivi par des appels réguliers.
- Les interventions visant à informer les personnes âgées sur la dépression, à leur repérage et à leur prise en charge médicale (MG, psychiatres et gériatres).

Une complémentarité des études et travaux de recherche est nécessaire entre les PHRC en recherche clinique, et les analyses de besoins et d'évaluation des soins issues des bases de données de la DREES au Ministère. Le domaine de la suicidologie est au carrefour de plusieurs disciplines, ce qui implique de construire un programme coordonné de recherches sur plusieurs années, avec les organismes concernés : Drees, Iresp, Invs, INSERM, Universités... dans le cadre de l'Observatoire National du Suicide

Le comité insiste sur la nécessité d'impulser par les ARS des liens effectifs entre la psychiatrie et la gérontologie avec notamment l'identification de référents par secteurs psychiatriques et par filières gérontologiques.

Le comité insiste tout particulièrement sur la nécessité d'augmenter le nombre de professionnels auprès des personnes âgées tant à domicile qu'en établissement (médecins, psychologues, cadres intermédiaires, infirmières, aides-soignants, aides à domicile, ...).

Annexe

Type d'action	Acteurs	Spécificité suicide : o/n	Public cible	Objectifs	Caractéristiques	Type de prévention
Sensibilisation & Formation du grand public, des bénévoles et des professionnels	Union Nationale de Prévention du Suicide (UNPS)	oui	Grand public Professionnels	Accompagner le travail préparatoire des politiques dans la définition des lignes stratégiques relatives au suicide Actions de plaidoyer auprès des institutions publiques et politiques pour influencer et modifier les comportements et prises de position. Alerter, sensibiliser et informer l'opinion publique		Universelle
	Formation nationale	oui	Professionnels (psychiatres, psychologues)	Former les professionnels intervenant auprès des personnes âgées	Formation de formateurs au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire mise en place par JL Terra (Lyon) dans le cadre de la politique nationale de prévention du suicide. Un module de la formation est consacré à la personne âgée. Cette formation est ensuite démultipliée en région. Une priorité a été donnée à la formation des acteurs en gérontologie depuis la circulaire DGS/SD6C n°2002/271 du 29 avril 2002	Sélective
	Formation locale sur le repérage de la crise suicidaire (CG Normandie)	oui	Professionnels	Permettre un meilleur repérage des situations à risque et améliorer le relais entre professionnels une fois le risque suicidaire détecté.	Formation gratuite proposée à tout professionnel travaillant auprès des personnes âgées NB : cette formation a été proposée en priorité aux infirmiers des Ehpad et aux équipes de nuit	sélective

	Formation sur le « Risque suicidaire chez les personnes âgées » Formation spécifique à destination des aides à domicile (CG Haute Savoie)	oui	Intervenantes, encadrantes de services à domicile	Permettre un meilleur repérage des situations à risque et améliorer le relais entre professionnels une fois le risque suicidaire détecté.	Formation sur 2 jours (séparés de quelques semaines). 1 ^{er} jour : apports « théoriques » sur la question du suicide des personnes âgées et transmission des principaux outils/pratiques de repérage des situations à risque 2 ^{ème} jour : retour sur les semaines écoulées depuis le J1 de formation (changement de regard des professionnels ? situations à risque rencontrées ?...) ; mises en situation avec un jeu de rôle basé sur des situations vécues.	sélective
--	---	-----	---	---	---	-----------

- **Tableau non exhaustif des actions et pratiques professionnelles existantes**

	Formation « Le repérage de la crise suicidaire des personnes âgées » (Ville de Reims)	oui	Professionnels	Permettre un meilleur repérage des situations à risque et améliorer le relais entre professionnels une fois le risque suicidaire détecté.	Formation gratuite pour les professionnels au contact quotidien des personnes âgées sur le territoire de Reims	sélective
	Projet de formation à la prévention de la crise suicidaire (UDAF...) sur les 3 territoires du Cantal. (Mauriac-Aurillac - St Flour)	oui	Professionnels de santé et usagers	Permettre un meilleur repérage des situations à risque et améliorer le relais entre professionnels une fois le risque suicidaire détecté.	Formation des services de psychiatrie, de gériatrie et de gérontopsychiatrie à la prévention de la crise suicidaire avec prise en charge rapide en lien avec la filière gériatrique (évaluation de la gravité de la situation clinique). Elaboration d'une grille pour le repérage de la crise suicidaire et les critères de gravité.	
Organisations / pratiques d'équipe et de service en termes de prévention	Réunion de synthèse mensuelle au sein de l'établissement	oui	Professionnels	Echanger des informations et des potentielles inquiétudes au sujet d'une personne accueillie, au regard de changements observés dans son attitude	Mise en commun des regards et analyses de chaque professionnel sur la situation d'une personne permet une vision globale de la situation et surtout de l'évolution de la PA	
	Entretien d'entrée en Ehpad proposé par le psychologue et évaluation continue de l'état thymique du résident	non	Personnes âgées	Evaluer la situation au moment de l'entrée dans l'établissement et puis tout au long de son accueil afin d'orienter au mieux la prise en charge	Exploration des antécédents psychiatriques, de l'état thymique et d'un potentiel scénario suicidaire A la suite des entretiens, un compte rendu est transmis à toute l'équipe de l'Ehpad, puis une décision est prise en équipe interdisciplinaire (hospitalisation/suivi psychologique/appel au médecin traitant...)	sélective
	Mise à disposition d'une messagerie interne à	non	Professionnels	Signaler les propos suicidaires d'un résident	Messagerie accessible à toute l'équipe, de jour comme de nuit	indiquée

	l'établissement					
	Groupe de parole autour des questions de la souffrance psychique, de la mort et du suicide	non	Professionnels	Sensibiliser les équipes à la question de la mort et de la souffrance psychique Lever le potentiel « tabou » que peut représenter le sujet de la mort et plus particulièrement du suicide	Animation de ce groupe par le psychologue de l'établissement	sélective
Organisations/ pratiques d'équipe et de service en termes de postvention	Réunion et/ou entretien individuel proposée aux professionnels quand un suicide a eu lieu	oui	Professionnels	Apporter aide et soutien par l'échange, la discussion de groupe et/ou par un entretien individuel Orienter le cas échéant vers un accompagnement psychologique	Animation de ce groupe/ces entretiens individuels par le psychologue de l'établissement	indiquée
	Groupe de soutien aux personnes endeuillées par suicide <i>(Centre J. Bergeret – centre régional de prévention des conduites suicidaires à Lyon)</i>	oui	Familles et proches d'une personne suicidée	Apporter aide et soutien par l'échange, la discussion de groupe Orienter le cas échéant vers un accompagnement psychologique	Entretien individuel avec un professionnel, puis participation à un groupe de parole animé par une psychologue et un psychiatre Réunions une fois par mois.	indiquée
Outils de	Malette « Dépression » Mobiqua <i>(en Ehpad et à</i>	non	Professionnels	Outils de formation à l'usage des soignants en EHPAD mais également à domicile sur les	2013 : Edition d'un programme concernant la dépression du sujet et le repérage, et l'identification des risques suicidaires des	sélective

repérage et/ou d'observation	domicile_mise à jour 2013)			grands syndromes gériatriques	personnes âgées à domicile et, dans un deuxième document en EHPAD. Il comprend plusieurs parties dont les particularités de la dépression chez le sujet âgé, les modalités de repérage de cette dépression, les échelles de dépression permettant d'évaluer l'humeur de la personne âgée, l'évaluation du risque suicidaire et bien sur les modalités de prise en charge de la dépression et sa prévention (SBG). Des interventions de prévention du suicide des personnes âgées ont été proposées pour différents publics.	
	Echelles d'évaluation du risque suicidaire et outils d'observation	oui	Professionnels	Identifier et prendre en charge un patient/résident présentant un risque suicidaire	- Grille d'observation du comportement [Les items de cette grille concernent les troubles de l'humeur (trouble du sommeil, refus alimentaire ou baisse d'appétit, repli sur soi, pleurs, tristesse...). Observation sur 7 jours] -Echelle de Patterson à 10 items (source : « <i>Evaluation of suicidal patients : Sad persons scale</i> » -Mini International Neuropsychiatric Interview à 6 items -Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher -Echelle de désespoir de Beck à 20 items - GDS / Mini GDS	indiquée
	Numéro Vert IM'AGE (CG des Landes)	non	Personnes âgées	Ecoute, soutien, accompagnement et orientation du sujet âgé suicidaire Permettre à la personne âgée de	Equipe d'écoute composée de 3 psychologues et 2 conseillères sociales Travail en lien avec les différents partenaires locaux	indiquée

Numéros d'écoute				« mettre des mots sur ses émotions, ses sentiments, ses ressentis et ses souffrances	Intégration de ce numéro d'écoute à la Plateforme départementale d'aide et d'accompagnement des personnes dépendantes et de leurs aidants du CG des Landes. Interventions surtout auprès de personnes âgées à domicile	
	3977 <i>(n° national, avec des déclinaisons départementales)</i>	non	Personnes âgées Professionnels Grand public	écoute, soutien, et orientation du sujet âgé en souffrance	Ce numéro est destiné >aux personnes âgées et aux personnes handicapées, victimes de maltraitances ; >aux témoins de situations de maltraitance, entourage privé et professionnel ; >aux personnes prenant soin d'une personne âgée ou handicapée et ayant des difficultés dans l'aide apportée	indiquée
	SOS Amitié	non	Personnes âgées (non exclusivement)	Association créée en 1960 et « reconnue d'utilité publique » dont l'objectif premier, mais non exclusif, est la prévention du suicide.		
	Suicide Ecoute	oui	Personnes âgées (non exclusivement)	Association créée en 1994 et consacré exclusivement à la prévention du suicide.		
	SOS Suicide Phenix	non	Personnes âgées (non exclusivement)	Fédération d'associations fondée en 1978.	Deux actions : une action d'écoute téléphonique et une action d'accueil « physique » de personnes en rupture sociale	
	Solitud'Ecoute	non	Personnes âgées	Numéro d'écoute porté par l'association « Petits frères des pauvres ». Action d'écoute téléphonique pour lutter contre la solitude et l'isolement des personnes des plus	Le principe est d aller vers les personnes qui n'ont pas les moyens de se faire connaître et accueillir celles qui sollicitent le numéro ou qui sont signalées. Numéro d'appel gratuit. Ecoute anonyme et confidentielle pour	

				de 50 ans	<p>permettre l'accueil des appelants en toute liberté : les appelants peuvent s'exprimer sans crainte d'être identifiés.</p> <p>Action non spécialisée dans la prévention du suicide qui se situe dans un cadre généraliste. Ainsi, la parole est posée sur le quotidien (les joies, les peines, les difficultés, les réussites,...) et les facteurs de vulnérabilité se révèlent naturellement (la maladie, l'isolement, la perte du conjoint, le changement d'environnement lié à un déménagement, les conflits, la maltraitance,...).</p> <p>Ecoute attentive, respectueuse et centrée sur la personne (écoute non interventionniste) et non sur la problématique (accompagnement social, suivi médical,...).</p> <p>Préconisation : influencer auprès des opérateurs de téléphonie pour que les frais inhérents à la mise en relation (notamment à partir d'un téléphone mobile) soient réduits voire inexistants.</p>	
Equipes	Réseau équilibre (Saint-Etienne)	non	Professionnels, Bénévoles, Personnes âgées	Prévention du mal être et du risque suicidaire chez la personne âgée Action d'information et de formation	<p>possibilité d'intervention à domicile ou en EHPAD, après 1er contact téléphonique</p> <p>Intervention à la demande de la personne âgée ou de son environnement, des professionnels, des institutions, au domicile de la personne âgée, en un état de vulnérabilité ou de risque suicidaire.</p> <p>Action de prévention avec mise en place de</p>	Sélective

mobiles					soirées d'information auprès de personnes en contact avec les personnes âgées, conception et réalisation de formations pour les professionnels et bénévoles.	
Equipes mobiles (suite)	Equipe « Psy mobile » (CH Le Vinatier_Lyon)	non	Personnes souffrant de difficultés psychiques et ne parvenant pas à accéder aux services spécialisés adaptés <u>Attention :</u> service non spécialisé Personnes âgées	Donner des chances de soins aux personnes qui ne sont temporairement pas aptes à en faire la demande, Prévenir les crises et les hospitalisations sans consentement	Accès aux soins, intervention à domicile, soutien de l'entourage Equipe pluri-professionnelle constituée de psychiatres, infirmiers et psychologues Evaluation de la situation, suivie d'une visite à domicile en présence du tiers demandeur (famille, proche, médecin traitant...)	Sélective
	Réseau Être-Indre (Département de l'Indre)	non	Professionnels et personnes âgées	Apporter un soutien aux professionnels qui accompagnent les PA psychologiquement dépendantes au sein des établissements ou des services d'aide à domicile et des SSIAD	Equipe pluridisciplinaire Avec les professionnels, les intervenants du réseau contribuent à résoudre les situations difficiles : -en écoutant leurs difficultés et leurs inquiétudes, -en apportant un regard extérieur, -en partageant l'analyse, -en rencontrant directement la personne âgée concernée pour faire en sorte que ses besoins soient mieux identifiés et que des réponses puissent être apportés par les professionnels de l'établissement/du service demandeur -en élaborant avec eux des actions concrètes	Sélective / indiquée

					pour améliorer la vie des personnes, celle de son entourage...	
	Equipe mobile psychogériatrique du Centre Hospitalier Esquirol (Limoges)	non	Personnes âgées	Répondre rapidement aux attentes des demandeurs et les accompagner face aux situations de crise. Aider à établir un diagnostic précis de la souffrance psychique d'un patient et/ou de son entourage. Réfléchir à la filière de prise en charge la plus adaptée.	L'équipe mobile d'évaluation des personnes âgées intervient sur demande au domicile des patients ou dans les structures médico-sociales. Constituée d'infirmier(e)s spécialisé(e)s dans la prise en charge des troubles psychiques de l'âgé et d'1 Psycho gériatre	indiquée
Centres spécialisés (accueil, écoute, accompagnement.)	Cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée (Bourg en Bresse) Nb : l'action de la cellule s'inscrit dans le décliné des actions de l'Adag BB)	non	Professionnels, bénévoles, personnes âgées	Aider, soutenir, conseiller les professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées en détresse.	Cellule d'évaluation des situations de détresse chez les personnes âgées. Action de formation des personnes en contact avec les personnes âgées, les professionnels et bénévoles. Intervention à la demande de la personne âgée ou de son environnement, des professionnels, des institutions, au domicile de la personne âgée, en état de vulnérabilité ou de risque suicidaire.	Sélective / indiquée
	Association Astrée (Aider et apprendre à aider)	non	Personne rencontrant des difficultés (deuil, séparation)	Astrée soutient gratuitement toute personne rencontrant des difficultés d'ordre personnel ou professionnel (deuil, séparation, accident, perte d'emploi...).	Association ayant vocation à restaurer le lien social et/ou contribuer à son maintien par un accompagnement proposé par des bénévoles Leur rôle consiste à accompagner une personne en difficulté sur le long terme, de façon individualisée et hebdomadaire. Une formation continue leur est proposée sous forme de Groupe d'échanges de pratique et	

					de formations spécifiques (ex : La crise suicidaire...).	
	Pôle de Psycho gérontologie du Centre Popincourt (Paris11)	non	Personnes âgées/ Aidants/ Professionnels	Au sein du Centre Popincourt, CMP d'intersecteur voué à la « lutte contre l'isolement et la prévention du suicide », le pôle regroupe plusieurs activités visant spécifiquement le public âgé et les aidants	Visites à domicile coordonnées par le CLIC du territoire d'implantation (Paris Est), en appui du travail social et en lien avec les structures sanitaires ou médico-sociales pour l'orientation éventuelle des personnes. Actions de sensibilisations auprès du grand public et des professionnels Inscription des problématiques psychiques et éthiques dans les différentes instances territoriales d'organisation des prises en charges (CLSM, Filière gériatrique, CTPA, etc.) Portage de projets gérontopsychiatriques sur l'Est de Paris.	Sélective / indiquée

○ **Indications concernant la lecture du tableau :**

> Prévention universelle : vise la population générale ou certains groupes sans tenir compte des risques individuels : ex campagnes médiatiques, d'information...

> Prévention sélective : vise les individus que l'on considère le plus à risque, ce type de prévention se faisant indépendamment du risque propre à l'individu. Ex : personnes âgées entrant en EPHAD, ou PA seuls au domicile

> Prévention indiquée : vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé (ici le suicide) ; il s'agit d'interventions au niveau individuel et qui s'intéressent à ses propres facteurs de risques.

Définition des items de synthèse utilisés dans le tableau récapitulatif des programmes et stratégies

Services	Ensemble des actions visant l'amélioration des services de santé et la promotion des services d'appui et de réadaptation pour les personnes ayant des tendances suicidaires
Formation	Ensemble des actions visant l'amélioration des procédures de diagnostic et de traitements qui en découlent
Recherches	Ensemble des actions visant la promotion de la recherche sur la prévention du suicide et l'encouragement de la collecte de données sur les causes du problème
Média	Ensemble des actions visant le soutien à la couverture médiatique des actes et des tentatives de suicide (guide des bonnes pratiques)

Accès	Ensemble des actions visant à déterminer et à limiter la disponibilité et l'accès au moyens permettant de se suicider
Sensibilisation & information	Ensemble des actions visant la sensibilisation du personnel médical à sa propre conduite et aux tabous liés à la prévention du suicide et à la maladie mentale ainsi que les actions visant, grâce à l'éducation du grand public, à faire mieux connaître les troubles mentaux et les moyens de les déceler à un stade précoce
Postvention et accompagnement des proches	Ensemble des actions visant la prise en charge des proches, familles et amis des suicidants et des suicidaires ainsi que les activités visant l'accompagnement du deuil

Références bibliographiques

- Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F. et Jougla E. - CépiDc– INSERM. La mortalité par suicide en France en 2006, Études et résultats N 702, septembre 2009.
- Baldwin RC. Poor prognosis of depression in elderly people: causes and actions. *Ann Med.* 2000 May;32(4):252-6.
- Barak, Y., Olmer, A., and Aizenberg, D. (2006) Antidepressants Reduce the Risk of Suicide among Elderly Depressed Patients. *Neuropsychopharmacology*, 31, 178-181.
- Barraclough BM. (1971) Suicides in the elderly. *British Journal of psychiatry*, Special suppl 6, 87-97
- Bazin N, Drunat O, Frémont P, Lutzler P, Blanc M et Barbier C. Suicide, grand âge, ruralité et offres de soins : étude de 225 cas de suicides. *Revue de Gériatrie*, Décembre 2000 ; 25 (10) : 733 - 42. Beautrais AL (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life. Threat Behav.* Spring; 32(1):1-9.
- Blond JC, Treille PO, Reybard A, Bagnon P, Sibelle C, Carré B (2005). La plainte suicide du sujet âgé. Une réponse concrète inscrite dans le Programme Régional santé Rhône-Alpes : la cellule de prévention des situations de détresse des personnes âgées. *NPG*, octobre, 30-36.
- . Bonnet-Zamponi D, d'Arailh L, Konrat C, Delpierre S, Lieberherr D, Lemaire A, Tubach F, Lacaille S, Legrain S; Optimization of Medication in AGEd study group. Drug-related readmissions to medical units of older adults discharged from acute geriatric units: results of the Optimization of Medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2013 Jan;61(1):113-21”.
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., III, et al (2004) Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291, 1081-1091.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004 Mar 3;291(9):1081-91.
- Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 25-26 (numéro thématique – Santé au travail). 2009.
- Carney SS (1994) Suicide over 60 : the San Diego Study. *J Am. Ger. Soc.* 42 : 174-180
- Cattell HR. (1998) Elderly suicide in London. *Int. J. Ger. Psych.* Vol 3 : 251-261
- Casadebaig F. Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France 1975-1995. *INSERM U 513, Rev. Epidemio Santé Pub.* 2003; 51 (1): 55-64.
- CepiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès). www.cepfdc.vesinet.inserm.fr
- Chevreul K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. *European Neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 4 September 2012.
- Chiu HF, Yip PS, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, Li SF, Conwell Y, Caine E (2004). Elderly suicide in Hong Kong--a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand.* Apr;109(4): 299-305.

- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*. Aug;153(8):1001-8.
- Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A, Caine ED. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Jan;48(1):23-9.
- Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol Med*. 2004 Jan;34(1):137-46.
- Coupland C, Morriss R, Arthur A, Moore M, Hill T, Hippisley-Cox J. Safety of antidepressants in adults aged under 65: protocol for a cohort study using a large primary care database. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23663769>
- De Leo D., Carollo G., and Dello B. M. (1995) Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am.J.Psychiatry*, 152, 632-634.
- DITER L., *Le suicide de la personne âgée. Une prévention particulière l'expérience de la cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée de l'Ain*. Thèse de médecine, 6 Mai 2009, Université Claude Bernard Lyon-
- Erlangsen A, Nordentoft M, Conwell Y, Waern M, De Leo D, Lindner R, Oyama H, Sakashita T, Andersen-Ranberg K, Quinnett P, Draper B, Lapierre S; International Research Group on Suicide Among the Elderly. Key considerations for preventing suicide in older adults: consensus opinions of an expert panel. *Crisis*. 2011;32(2):106-9. doi: 10.1027/0227-5910/a000053.
- Fässberg MM, van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, Canetto SS, De Leo D, Szanto K, Waern M. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Mar;9(3):722-45.
- Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de santé. *Le suicide dans les régions françaises*, 2006
- Gallo JJ, Morales KH, Bogner HR, Raue PJ, Zee J, Bruce ML, Reynolds CF 3rd. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ*. 2013 Jun 5;346:f2570:
- Older adults with major depression in practices provided with additional resources to intensively manage depression had a mortality risk lower than that observed in usual care and similar to older adults without depression. *BMC Psychiatry*. 2013 May 10;13:135. doi: 10.1186/1471-244X-13-135.
- Gallarda T, Asvazadourian R. Réduire la stigmatisation exercée à l'encontre des malades mentaux âgés atteints de la maladie d'Alzheimer : l'un des futurs combats de la psychiatrie ? in « *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer* », sous la direction de Emmanuel Hirsch et Catherine Ollivet, 2007, Vuibert, Paris 55-60.
- Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *ArchGenPsychiatry*. 2005 Feb;62(2):165-72.
- Goldberg M. et al., « Socioeconomic, Demographic, Occupational, and Health Factors Associated with Participation in a Long-term Epidemiologic Survey: A Prospective Study of the French GAZEL Cohort and Its Target Population ». *Am J Epidemiol* Vol. 154, No. 4, 2001.
- Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ*. 1994 May 7;308(6938):1227-1233

- Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J GeriatrPsychiatry*. 2001 Feb;16(2):155-65.
- Haut Conseil de Santé publique. Objectifs de santé publique: Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. Avril 2010.
- Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, Cooper J. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ*. 2001 May 19;322(7296):1203-7.
- Heuberger, R, *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*, 2011, 30 : 315-68
- Institut de veille sanitaire, BEH n°47-48 Numéro thématique - Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France, 13 décembre 2011. Isometsa ET (1994). Suicide in major depression. *Am J Psychiatry*, 151, 530-536.
- Jalenques I, Gallarda T, Vaillle-Perret E. Suicide chez les sujets âgés, in JP Clement ed, *Psychiatrie du sujet âgé*, Flammarion, 2009 (2^{ème} édition)
- Kugaya, A., Akechi, T., Nakano, T., et al (1999) Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. *Support.Care Cancer*, 7, 432-436.
- Ladoucette (de) O., *Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir* ; 2011.
- Lapiere, Y.D. (1991a,b,c) Controlling acute episodes of depression. *International ClinicalPsychopharmacology*, 6 Suppl 2, 23-35.
- Lapiere S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, Gallo J, Szanto K, Conwell Y, Draper B, Quinnett P; International Research Group for Suicide among the Elderly. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(2):88-98. doi: 10.1027/0227-5910/a000076. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21602163>
- Lim WS, Rubin EH, Coats M, Morris JC. Early-stage Alzheimer disease represents increased suicidal risk in relation to later stages. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2005 Oct-Dec;19(4):214-9)
- Lôi H, Gallarda T. troubles dépressifs et personnes âgées, *Pathologie sciences-formation*, 2001, 172p.
- Mossé Philippe « Quels besoins d'évaluations économiques pour la prise en charge de la Dépendance ? », in Séminaire MADoPA, "Quels besoins d'évaluation de l'accompagnement des personnes âgées à domicile ? Approche globale, pluridisciplinaire et internationale", le 5 décembre 2011, Paris.
- Mossé P, Maury C, Daumerie N, Roelandt JL. Mental health in France, policies and actors: developing administrative knowledge in a segmented world. *The International journal of health planning and management*. 2012; [Epub ahead of print].
- Oyama, H., Koida, J., Sakashita, T., et al (2004) Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *CommunityMent.Health J.*, 40, 249-263.
- Oyama, H., Goto, M., Fujita, M., et al (2006b) Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. *Crisis*, 27 (2), 58-65.
- M. Pino, V. Cristancho-Lacroix, H. Kerhervé, M. Boulay, G. Legouverneur, Y.-H. Wu, S. Damnée, H. Lenoir, A.-S. Rigaud. Le laboratoire LUSAGE : un exemple de Living Lab dans le domaine des gérontechnologies. *Cah. Année Gérontol.* (2012) 4:386-393. DOI 10.1007/s12612-012-0311-9

- Polosan M, Palazzolo J, Gallarda T. Vieillesse, trouble bipolaire et schizophrénie, CNRS éditions, 2006, 126p.
- Prévillé M, Hébert R, Boyer R, Bravo G, Seguin M. Physical health and mental disorder in elderly suicide: a case-control study. *Aging Ment Health*. 2005 Nov;9(6):576-84.
- Prévillé M, Boyer R, Hébert R, Bravo G, Seguin M. Correlates of suicide in the older adult population in Quebec. *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Feb;35(1):91-105.
- Rigaud AS, C Bayle, F Latour, H Lenoir, M LSeux, O Hanon, R Péquignot, P Bert, F Moulin, I Cantegreil, E Wénish, F Batouche, J de Rotrou. *Troubles psychiques des personnes âgées*. EMC Psychiatrie 37-540-A-10
- Ripamonti, C., Filiberti, A., Totis, A., et al (1999) Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. *Lancet*, 354, 1877-1878.
- Rihmer Z et al. (1990) Suicide in subtypes of primary major depression, *J Affect Disord* (1990) 18, 221-225
- Ross RK, Bernstein L, Trent L, et al. A prospective study of risk factors for. ROSS. *Prev Med* 1990 May; 19(3):323-34.
- Roy A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* (1982) 39, 1089-1095
- Szanto K, Lenze EJ, Waern M, Duberstein P, Bruce ML, Epstein-Lubow G, Conwell Y. Research to reduce the suicide rate among older adults: methodology roadblocks and promising paradigms. *Psychiatr Serv*. 2013 Jun 1;64(6):586-9.
- Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-combe S, Durée de traitement des antidépresseurs et ses déterminants en France. *L'Encephale*, 2011, 37, suppl 1 : S36-S41.
- Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, Wallace R Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002 Jul-Aug;10(4):398-406.
- Uncapher H, Areán PA. Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Feb;48(2):188-92.
- Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, Wilhelmsson K (2002). Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry*, Mar;159(3):450-5.
- Yebbal K. ; Bonnaudet C. Prévention du suicide des personnes âgées. Une action expérimentale en institution = Prevention of suicide in the elderly. ; *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 2005, vol. XII, no115, pp. 232-234.
- Waern M, Runeson B, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002;159: 450-5.
- Waern M. Alcohol dependence and alcohol misuse in elderly suicides. *Alcohol Alcohol* 2003;38: 249-54.
- Wetherell JL, Unützer J. Adherence to treatment for geriatric depression and anxiety. *CNS Spectr*. 2003;12(suppl 3):48-59