



Prise de position

«Prévention du suicide chez les personnes âgées»

Elaborée par le groupe spécialisé Santé mentale / groupe de travail «Vieillessement de la population» sous la direction de la Prof. Gabriela Stoppe

Aujourd'hui, de plus en plus de personnes atteignent un âge avancé. Non seulement on vit plus longtemps, mais on vit plus sainement que jamais (1). Le taux de suicide élevé en Suisse en comparaison européenne est d'autant plus effrayant. Comme dans la plupart des autres pays, le nombre de suicides augmente avec l'âge, surtout chez les hommes. Pourtant, cette situation ne suscite guère l'attention de l'opinion publique, au contraire: le suicide chez les personnes âgées est un fait accepté.

Par la présente prise de position, Santé Publique Suisse demande donc un plus fort engagement en faveur de la prévention du suicide en Suisse, notamment chez les personnes âgées.

La focalisation sur le suicide est sciemment dissociée du débat sur l'assistance au décès malgré le rapport étroit qui existe entre ces deux thèmes et l'intérêt que suscite actuellement ce dernier auprès de l'opinion publique. On associe en effet la qualité de vie des personnes âgées ainsi que les questions éthiques et économiques en matière d'allocation des ressources par exemple autant au suicide qu'à l'assistance au décès. Toutefois, un tel élargissement du débat risquerait de nous faire perdre de vue notre objectif.

Informations de fond

Le 11 juin 2009, Santé Publique Suisse a adopté le document de base «Santé mentale» (2) qui servira de référence ci-après. Depuis sa création en 2008, le groupe de travail «Santé psychique et vieillissement de la population» du groupe spécialisé Santé mentale de Santé Publique Suisse a mené une étude interdisciplinaire sur le thème de la prévention du suicide chez les personnes âgées. Il a également été invité à une table ronde multidisciplinaire le 29 octobre 2009 à Olten. La présente prise de position intègre également les résultats de ce processus de consultation.

Un autre document de base important est le rapport publié en 2005 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) «Le suicide et la prévention du suicide en Suisse - Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)».

Base

1. Définitions

La grande disparité entre les individus rend la *vieillesse* difficile à définir; néanmoins, cette notion qualifie généralement la période de vie à partir de 60 ans.

Auteurs: Gabriela Stoppe¹, Johanna Kohn², Barbara Schmutz³, Elisabeth Suter⁴, Ursula Wiesli⁵

¹ *Universitäre Psychiatrische Klinik Basel*

² *Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Sozialplanung und Stadtentwicklung, FHNW Olten*

³ *Dpt Angewandte Psychologie / ZHAW Winterthur*

⁴ *Pflegezentrum Bachwiesen, Zürich*

⁵ *Alters- und Spitexzentrum ASZW, Wallisellen*



La notion de *suicide* vient du latin et signifie «le meurtre de soi-même». Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, on entend par suicide l'acte à issue fatale commis dans l'intention de mettre fin à ses jours.

Une *tentative de suicide* est un acte sans issue fatale par lequel un individu aspire à la mort à travers un comportement délibéré, mais qui reste en vie suite à l'intervention d'un tiers par exemple.

Le suicide est l'un des vingt principaux problèmes de santé publique dans le monde. C'est pourquoi de nombreux pays accordent une très grande priorité à la prévention du suicide (3).

2. La situation en Suisse

Le présent document n'a pas pour objectif de reproduire complètement la littérature scientifique. La prévention du suicide chez les personnes âgées notamment exige encore un long travail de recherche (4). Sur la base des recommandations internationales d'experts et des ouvrages spécialisés, on peut d'ores et déjà émettre les déclarations suivantes pour la Suisse.

Comme dans la plupart des autres pays, le taux de suicide augmente avec l'âge. Selon les chiffres de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN; mai 2009 (5)), quelque 1300 personnes meurent par suicide chaque année en Suisse, soit un nombre trois fois supérieur à celui des personnes qui perdent la vie dans un accident de la circulation. Selon les données de l'Office fédéral de la statistique (chiffres de 2006), la Suisse compte 35 suicides par 100'000 habitants et par an chez les plus de 65 ans.

Le taux de suicide chez les hommes est deux fois plus élevé que celui des femmes, pour atteindre un chiffre trois fois supérieur chez les hommes âgés. Contrairement aux autres pays, les écarts entre les sexes ont tendance à diminuer en Suisse chez la population âgée, ce qui est probablement dû en partie à la place particulière qu'occupe l'assistance au décès, principalement sollicitée par les femmes.

Les tentatives de suicide sont plus difficiles à recenser. Des calculs conservateurs se basent sur un taux 10 fois supérieur environ. Les conséquences indirectes d'un suicide ou d'une tentative de suicide doivent également être prises en compte. Chaque suicide ou tentative de suicide touche quatre à six proches et entraîne une grande souffrance chez une partie d'entre eux. Les suicides commis dans l'espace public peuvent également traumatiser des tiers.

La méthode la plus utilisée pour les suicides et les tentatives de suicide est l'ingestion de médicaments. Les autres méthodes répandues sont la pendaison, l'utilisation d'une arme à feu et le saut dans le vide. Les hommes privilégient le suicide par arme à feu, une méthode particulièrement répandue en Suisse.

Plus de 90% des suicides et tentatives de suicide chez les personnes âgées sont liés à une maladie psychique. Toutefois, une situation ou un événement déclencheur doit s'y ajouter. Chez les personnes âgées, la dépression joue un rôle prépondérant. Malheureusement, toutes les études internationales démontrent que cette maladie n'est souvent pas décelée ni suffisamment prise en charge dans ce groupe d'âge justement. Les troubles de la personnalité ou la dépendance jouent en revanche un rôle moins important que dans les autres



groupes d'âge. Chez les personnes âgées, les principaux éléments déclencheurs sont les maladies chroniques, invalidantes ou l'apparition de nouveaux troubles physiques. Les troubles du sommeil et les douleurs chroniques jouent également un rôle déterminant, en raison de leur fréquence. Comme dans les autres groupes d'âge, une tentative de suicide dans le passé ou un environnement familial suicidaire représente le principal facteur de risque. Chez les personnes âgées viennent s'ajouter l'isolement social et le veuvage. On ignore encore actuellement le rôle que joue la peur de la dépendance ou la perte ressentie d'autonomie (p. ex. la crainte de la démence ou d'un placement en établissement médicalisé).

Entre-temps, la recherche nationale et internationale a développé toute une série de stratégies pour prévenir les suicides. A défaut d'une recherche ciblée généralisée sur les personnes âgées, on peut leur appliquer les règles générales de prévention. Par ailleurs, les différentes études s'entendent sur la grande efficacité des interventions dites à plusieurs niveaux. Il convient de mentionner ici notamment les alliances contre la dépression liées à des mesures architecturales sur les ponts (4, 6-9).

3. Le problème de la tabouisation et de la stigmatisation

Malgré la fréquence des suicides et des tentatives de suicide, on n'en parle peu ou pas volontiers. Les préjugés selon lesquels la plupart des suicides sont des suicides dits «bilan» ou qu'une personne qui parle de suicide ne le commet pas ont la vie dure. Outre la tabouisation du sujet, il faut tenir compte de la stigmatisation des malades psychiques, qui reste la principale cause aux barrières d'accès au diagnostic précoce, au traitement, à la réadaptation et à l'intégration.

Pour les personnes âgées, la réflexion doit prendre en compte une autre stigmatisation, celle de la vieillesse en tant que telle. Les stéréotypes négatifs sont très répandus; on considère par exemple le désespoir et la solitude chez la personne âgée comme un fait normal. De la même manière, le suicide d'une personne âgée suscite moins d'émotions que celui d'une personne plus jeune. On observe ainsi une certaine «compréhension» de la part de la population comme des professionnels envers le suicide d'une personne âgée.

4. Impact sanitaire

Les suicides ont un impact sur les chiffres épidémiologiques et les taux de mortalité spécifiques par âge. Les suicides et les tentatives de suicide entraînent une multiplication des consultations auprès des médecins de famille, spécialistes, cliniques psychiatriques et autres institutions. Ceci s'applique à la fois aux personnes concernées qu'à leurs proches ou aux tiers touchés par la situation. Les suicides occasionnent ainsi des coûts considérables qui ne se limitent pas au secteur de la santé. Le recours à des stratégies préventives pourrait donc s'avérer rentable, également sur le plan sanitaire et économique.

Dans son livre blanc «Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013», la Commission européenne a accordé une grande priorité à l'importance de la santé mentale et de la prise en charge de la population vieillissante. Le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être (13.06.2008) ainsi que la Résolution ultérieure du Parlement européen (19.02.2009) exigent que des mesures soient prises dans cinq domaines-clés en se focalisant sur la prévention de la dépression et du suicide, sur la santé mentale des personnes âgées et sur la lutte contre la stigmatisation et l'isolement social .



Exigences

Dans ce contexte, les exigences suivantes se posent pour la discussion de politique sanitaire en Suisse.

1. Conduite de la politique sanitaire

- Il faut rendre plus difficile l'accès aux méthodes de suicide, notamment aux armes à feu, aux médicaments, mais aussi aux ponts en améliorant leur protection.
- Il faut améliorer l'intégration des personnes âgées en développant p. ex. des systèmes de retraite comme un retrait progressif de la vie active.
- Il faut permettre l'utilisation de méthodes et de mesures favorisant une mobilité adéquate ainsi que l'accès aux prestations de santé et aux offres sociales, notamment pour les personnes âgées (p. ex. offres de consultation).
- Il faut encourager le développement de l'aide entre voisins et du volontariat ainsi que de toute mesure visant à remédier à l'isolement des personnes âgées.
- Il faut apporter un plus large soutien aux familles, aux proches et à l'entourage touchés par la démence et la maladie psychique, qui accomplissent des tâches d'accompagnement considérables.
- Il faut encourager la mise à disposition de traitements psychothérapeutiques et psychiatriques, indépendamment de l'âge et des conditions de vie (p. ex. dans les foyers pour personnes âgées et homes médicalisés, pour les migrants).
- Il faut mieux informer les différents groupes professionnels du secteur médical et infirmier et mieux les former pour ces tâches.
- Il faut optimiser la reconnaissance et la prise en charge des groupes à risque, soit notamment des personnes ayant suivi un traitement psychiatrique, présentant un problème d'alcoolisme ou de dépendance ainsi que des troubles du sommeil ou des douleurs chroniques.

2. Formation postgraduée et continue

Les groupes de personnes qui côtoient des personnes âgées présentant un risque suicidaire sont notamment les professionnels de la santé (médecins, personnels infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens) ainsi que les collaborateurs des églises, des services de consultation, de la police et des pompes funèbres. Ces groupes professionnels devraient être informés de l'intérêt que présentent les maladies psychiques chez les personnes âgées, de leurs caractéristiques et de leurs signes annonciateurs ainsi que de l'importance particulière du suicide. Cette exigence doit être prise en compte dans la formation prégraduée, postgraduée et continue.

3. Sensibilisation et information de la population

Réduire la stigmatisation des personnes âgées et des maladies mentales ainsi que la tabouisation du suicide. Il s'agit notamment ici de lutter chez les personnes âgées ou les malades contre l'idée d'une vie indigne d'être vécue. Il faut également, par une information adéquate, éradiquer l'idée que la vieillesse rime automatiquement avec dépression et tristesse.



Cette discussion prend d'ailleurs tout son sens dans le contexte des débats actuels sur l'assistance au décès et les directives anticipées du patient. L'appréciation du libre arbitre en présence de maladies psychiques et de conditions de dépendance doit faire l'objet d'un large débat à la fois au plan individuel que dans l'opinion publique. Il convient par ailleurs de clarifier l'image d'une vieillesse normale et les enjeux particuliers de la vie des personnes âgées.

Les aspects positifs de la vieillesse doivent être suggérés dans sa représentation médiatique. Par exemple l'expérience de la vie, la maturité et la spiritualité.

4. Se fonder sur les offres existantes

- Intégrer la santé mentale dans les cours et consultations bien établis pour préparer la retraite. La pratique actuelle de ces offres prépare à la situation financière et en matière d'assurance, mais très peu aux changements psychiques.
- Développer les offres actuelles pour les personnes âgées, p. ex. celles de Pro Senectute, des universités populaires, de l'Ecole-club Migros. L'offre actuelle de cours sportifs et d'entraînement de la mémoire pourrait s'étendre à la santé mentale.
- Les personnes qui ont perdu leur partenaire présentent un risque accru de suicide dans les semaines qui suivent le décès. Les pompes funèbres pourraient par exemple mettre à disposition des informations relatives à des consultations de crise éventuelle; de même l'Eglise pourrait proposer des offres ciblées sur le processus de deuil.
- Les offres de consultation déjà sollicitées par les personnes âgées pourraient être prises en compte. Les pharmacies par exemple pourraient jouer un rôle de conseil et d'information, en fournissant à la fois des renseignements sur le suicide et les aides disponibles, et des conseils pour une gestion adéquate du risque suicidaire.

5. Recherche

- Il faut renforcer la recherche dans le domaine du suicide chez les personnes âgées, afin également de justifier des stratégies orientées vers l'action. Les principaux thèmes sont les suivants: l'étude quantitative et qualitative des suicides et des tentatives de suicide en Suisse en tenant compte notamment des conditions de vie, des soins médicaux palliatifs, de l'assistance au décès et de la crainte d'une perte d'autonomie.
- Il faudrait examiner le regroupement synergique éventuel des données et des sources existantes.
- Des interventions possibles (cf. p. ex. sous 4.7) devraient faire l'objet d'un accompagnement et d'une évaluation scientifiques.
- Il faudrait davantage examiner l'impact des idées reçues ou des stéréotypes de toutes les personnes concernées sur l'augmentation ou la réduction du taux de suicide.
- Il faudrait garantir l'enregistrement systématique des suicides et de leurs conditions en Suisse.



Sources / Littérature:

1. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW: Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet* 2009; 374: 1196-1208
2. http://www.sggg.ch/logicio/client/publichealth/file/Grundlagenpapier_psych._Gesundheit_Juni_09.pdf
3. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
4. Erlangsen A, Nordentoft M, Conwell Y, Waern M, de Leo D, Lindner R, Oyama H, Sakashita T, Andersen-Ranberg K, Quintett P, Draper B, Lapierre S, and the International Research Group on Suicide among the Elderly: Kex considerations for preventing suicide in older adults. *Consensus Opinion of an Expert Panel. Crisis* 2011; 32(2): 106-109
5. http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2_3_2/2006/d/232.pdf
6. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W: Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86:726-732
7. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294:2064-2074
8. Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg.): *Volkskrankheit Depression.* Springer, Heidelberg-New York, 2006 (ISBN: 3-540-31749-X)
9. Stoppe G: Depression im Alter. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 2008; 51: 406-410
10. http://www.mhe-sme.org/assets/files/MHE%20Position%20Paper%20on%20Mental%20Health%20in%20Older%20People_28June2010.pdf
11. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf#page=4
12. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf