

Université Paris Descartes
Faculté Cochin – Port Royal

SUICIDE DES PERSONNES ÂGÉES
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN ÉHPAD DE L'ÎLE DE FRANCE
IMPORTANCE DES ÉLÉMENTS DE PRÉVENTION

Dr François CHARY

DIU

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur
d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes »

Année universitaire 2014-2015

Directeur de Mémoire
Dr Thierry GALLARDA

« Il n’y a qu’un problème philosophique vraiment sérieux : c’est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d’être vécue, c’est répondre à la question fondamentale de la philosophie. Le reste, si le monde a trois dimensions, si l’esprit a neuf ou douze catégories, vient ensuite.

(...)

On n’a jamais traité du suicide que comme d’un phénomène social. Au contraire, il est question ici, pour commencer, du rapport entre la pensée individuelle et le suicide. Un geste comme celui-ci se prépare dans le silence du cœur au même titre qu’une grande œuvre.

(...)

Il y a beaucoup de causes à un suicide et, d’une façon générale les plus apparentes n’ont pas été les plus efficaces. (...) il faudrait savoir si Le jour même un ami du désespéré ne lui a pas parlé sur un ton indifférent. Celui-là est le coupable. Car cela peut suffire à précipiter toutes les rancœurs et toutes les lassitudes encore en suspension* ».

* Albert Camus *in* Le Mythe de Sisyphe, 1942 – Essai sur l’absurde – La Pléiade réédition
1972 pp 99-100

REMERCIEMENTS

Pr Marie-Germaine BOUSSER

Membre du Comité Consultatif National d'Éthique
Pour son soutien dans ce projet et son amitié indéfectible

Dr Michèle DELAUNAY

Ancien Ministre
Pour son aide et son implication dans la prévention du suicide

Dr Michel SALOM

Président du Syndicat National de Gériatrie Clinique
Pour ses conseils et pour ses qualités pédagogiques

Dr Myriam ZADIKIAN

Médecin Coordonnateur – Résidence la Méridienne à Villeneuve la Garenne
Pour son accueil et l'énergie qu'elle met à faire partager sa passion de MedCo

LE SUICIDE DES PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE

I. INTRODUCTION.....	6
II. LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	8
III. QUE SAIT-ON DE FAÇON PLUS SPÉCIFIQUE SUR LES SUICIDES EN ÉHPAD ?.....	9
IV. APPORT D'UNE ENQUÊTE SUR LE SUICIDE EN ÉHPAD.....	10
A. ACTE SUICIDAIRE PROPREMENT DIT.....	11
1. Épidémiologie.....	11
2. Le cas des intoxications médicamenteuses.....	11
3. Quelle approche en cas d'antécédent de tentative de suicide avant l'entrée en ÉHPAD ?	12
4. Le cas spécifique du rôle du médecin coordonnateur lors de la visite de pré-admission	14
B. CONNAISSANCE DES FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE.....	16
1. Les facteurs de risque.....	16
2. L'information face au risque suicidaire.....	18
3. Quid des demandes actives de mourir ?.....	21
C. LES MESURES DE PRÉVENTION DU SUICIDE DES PERSONNES ÂGÉES.....	23
1. La formation et l'information professionnelle.....	23
2. Les mesures spécifiques mises en place en faveur des résidents.....	24
V. CONCLUSION.....	26
VI. ANNEXES.....	29
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	33

I. INTRODUCTION

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 facteurs de stress 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 repérage de la crise suicidaire précédant l'acte est réputé plus difficile chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes¹. Ainsi des travaux de Preville et al ont montré que les deux tiers des personnes âgées suicidées avaient consulté leur médecin généraliste durant le mois précédant leur geste suicidaire et la moitié durant les sept derniers jours, avec comme motif principal de consultation des symptômes relatifs aux troubles de l'humeur².

Le vieillissement progressif prévisible de la population dans les années à venir, à une époque où, en France, l'espérance de vie d'une personne née en 2014 est en moyenne de 85,4 ans pour une femme et de 79,2 ans pour un homme³, le degré de solitude et d'isolement (dans la population des plus de 75 ans, plus d'un quart n'ont pas de relations sociales au sein des principaux réseaux de sociabilité⁴) sans cesse grandissant de cette population et l'augmentation de la dépendance (au 1er janvier 2012 on comptait 1,17 million de personnes âgées dépendantes, soit 7,8 % des 60 ans ou plus ; à l'horizon 2060, ce nombre atteindrait 2,3 millions⁵) rend le problème du suicide et de sa prévention encore plus d'actualité.

Les données épidémiologiques concernant les suicides des personnes âgées sont très difficiles à colliger et ce, pour de multiples raisons sociétales, philosophiques ou religieuses notamment. Nous nous sommes tournés vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) pour tenter de collecter des informations, sinon quantitatives dans un premier temps, mais qualitatives, sur le suicide des personnes résidant dans ces institutions, en faire une première analyse, proposer des solutions de diffusion de l'information sur ce problème majeur de santé publique et tenter de poser les bases d'un vaste projet d'étude épidémiologique du suicide en ÉHPAD.

II. LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Selon les derniers chiffres du CépiDc-Inserm publiés en 2012, en France, sur les 9.859 suicides déclarés, 29,66 % concernent les personnes âgées de 65 ans et plus⁶ alors qu'elles ne représentent que 15 % de la population.

Le taux de suicide des personnes âgées est très élevé en France et, malgré plusieurs plans nationaux successifs de prévention, reste constant, voire même en légère augmentation chez les sujets de 65 ans et plus (28,62 % en 2010, 28,40 % en 2005⁷).

Le CépiDc évoque une sous-estimation globale de 9.4 % du nombre officiel de décès par suicide, alors que chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le taux de sous-estimation atteindrait 12,85 %⁸.

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.

La personne âgée accomplissant un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte comme en témoignent les moyens fréquemment employés (précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison). Son geste entraîne le plus souvent son décès⁹.

III. QUE SAIT-ON DE FAÇON PLUS SPÉCIFIQUE SUR LES SUICIDES EN ÉHPAD ?

Bien que très peu d'études spécifiques aient été publiées à ce jour, on note une tendance des taux de suicides en ÉHPAD significativement plus élevée, et ceci dans les deux sexes.

En analysant et croisant les données recueillies par l'Inserm (CépiDc) et celles de l'Insee sur l'évolution des morts par suicide de 1975 à 1995 et en comparant les lieux de décès des personnes âgées, il est apparu que le taux de suicide[†] en maison de retraite vs domicile était deux fois plus élevé chez l'homme (101/100.000 vs 51/100.000) et presque trois fois plus élevé chez la femme (38/100.000 vs 13/100.000)¹⁰, essentiellement les plus jeunes de la tranche d'âge 65 ans et plus.

Cette étude mettait également en évidence le veuvage comme facteur de risque majeur chez les hommes et révélait les deux méthodes principales de passage à l'acte, quel que soit le sexe :

- pendaison : H 55 % - F 35 %
- défénéstration : H 22 % - F 33 %

Un récent travail mené dans le Nord-Pas-de-Calais¹¹ confirme que le taux de suicide des personnes âgées de plus de 75 ans est plus élevé en ÉHPAD et l'explique par le fait que les résidents de ces établissements sont généralement plus poly-pathologiques et plus dépendants que les patients âgés vivant au domicile. Les troubles dépressifs y sont également très fréquents.

[†] Taux standardisés par âge pour 100.000 habitants. Sources Inserm / Insee

IV. APPORT D'UNE ENQUÊTE SUR LE SUICIDE EN ÉHPAD

Nous avons émis l'hypothèse qu'un travail avec les responsables des ÉHPAD (Directeur, Médecin Coordonnateur, Infirmière Coordinatrice ou IDEC) autour d'un questionnaire portant sur le suicide en ÉHPAD devrait pouvoir apporter les informations fiables et utiles pour mieux comprendre ce phénomène et aider à le prévenir. En extrayant des résultats et analyses de ce questionnaire les informations adaptées à chacun des maillons de la chaîne humaine en lien avec les personnes âgées (du personnel soignant au personnel technique, du personnel administratif au personnel hôtelier), chaque personne pourra se sentir impliquée au mieux dans la prévention de l'acte suicidaire.

Ce questionnaire a été divisé en 3 axes :

- l'acte suicidaire proprement dit chez les personnes hébergées (qu'il soit réussi ou non)
- la connaissance, par le personnel en ÉHPAD, des facteurs de risque suicidaire chez les personnes âgées
- les mesures de prévention du suicide adaptées aux ÉHPAD.

Il a été envoyé par courriel entre le 15 juin et le 10 juillet 2015 directement à l'attention du Directeur de l'ÉHPAD (ou à son secrétariat) ou/et au médecin coordonnateur +/- quelques IDEC dont les coordonnées nous ont été fournies par l'établissement.

Les réponses obtenues l'ont été par courrier ou par retour de courriel, et, dans un nombre non négligeable de fois – 14 –, ont été à l'origine d'un appel téléphonique permettant un entretien ouvert très enrichissant.

Enfin, nous avons pu nous entretenir en face/face une vingtaine de fois avec des responsables d'établissements et des médecins coordonnateurs afin d'élargir le champ des connaissances et des informations sur le thème du suicide en ÉHPAD.

A. ACTE SUICIDAIRE PROPREMENT DIT ‡

1. Épidémiologie

La quasi totalité des répondants ont déclaré avoir eu *un ou plusieurs* actes suicidaires au sein de l'établissement dans lequel ils travaillent, soit 94 au total sur 68 questionnaires utilisables.

Ces cas de suicides remontés datent, pour le plus ancien de 35 ans, pour le plus récent de 8 mois avec un nombre de femmes très important (72 %). Toutefois, ces résultats mettent en avant une très grande fragilité de l'homme qui, en valeur relative, paie un plus lourd tribut. Cela confirme ainsi les résultats obtenus par Françoise Casadebaig dans son étude rétrospective sur les suicides des personnes âgées à domicile et en maison de retraite¹².

La pendaison est le mode de réalisation de l'acte largement le plus utilisé (49 %), suivi de très près par la déféstration ou le saut d'un lieu élevé (37 %).

2. Le cas des intoxications médicamenteuses

Le faible recours aux substances médicamenteuses (8 %) s'explique par le fait que la gestion des médicaments est réalisée par l'équipe soignante et la prise effective des médicaments per os surveillée par l'infirmière chez les sujets à risque. Par ailleurs, le transport des médicaments au sein des ÉHPAD est effectué le plus souvent à l'aide de chariots de soins conçus pour éviter que les substances toxiques soient facilement accessibles ; le stockage est assuré dans des armoires fermées à clé.

‡ Cf. annexe 1

Toutefois, lors des discussions libres tenues avec les médecins coordonnateurs et certaines IDEC, il apparaît que le nombre d'intoxications aux substances médicamenteuses dans les ÉHPAD n'est pas négligeable au cours d'une année. Ces intoxications sont rarement comptabilisées comme tentatives de suicide, même lorsqu'elles font l'objet d'un transfert en urgence en milieu hospitalier. Le plus souvent, les soignants notent que ces intoxications se produisent chez des sujets au profil à risque (syndrome dépressif, changement d'humeur, anniversaire d'événement douloureux, deuil...).

Les stratégies des résidents pour accumuler au fil du temps des médicaments sont nombreuses et variées : simulation de prise orale suivie de récupération, vol des médicaments sur les plateaux-repas, « troc » de produits toxiques avec d'autres résidents contre des cigarettes ou des gâteaux, apport de médicaments de l'extérieur amenés en toute innocence par de la famille ou des amis.

Il apparaît que les actes de prévention concernant ces accumulations hors normes de substances ne soient pas assez nombreux et insuffisamment ciblés. Des recommandations spécifiques allant dans le sens d'une meilleure surveillance sembleraient pouvoir utilement être publiées.

3. Quelle approche en cas d'antécédent de tentative de suicide avant l'entrée en ÉHPAD ?

Selon les résultats des questionnaires et des entretiens, la quasi totalité des personnes interrogées (97 %) ont connu des résidents ayant eu des antécédents de tentatives de suicide avant leur entrée en ÉHPAD. Mais il apparaît que, si ces antécédents sont venus à la connaissance des médecins coordonnateurs et/ou personnels soignants, un pourcentage largement inférieur de ces antécédents étaient connus au moment de l'admission. Nous reviendrons plus tard sur le cas de la visite de pré-admission et les questions médicales spécifiques posées à cet effet.

Les médecins coordonnateurs ayant eu une information d'antécédents de tentative de suicide concernant les résidents dont ils ont la charge affirment prendre systématiquement des mesures particulières concernant ces patients à risque. Ces mesures sont à type de suivi psychologique rapproché, d'entretiens ciblés, de repérage de facteurs de risques spécifiques avec prise de mesures de prévention adéquates.

Le facteur de risque majeur étant la dépression, un avis psychiatrique est sollicité dans près de 80 % des cas. La prise de traitement antidépresseur fait partie d'un suivi particulier et il est, le plus souvent, demandé au personnel de surveiller l'efficacité du traitement les résidents nouvellement arrivés afin, le cas échéant, de le faire réévaluer le plus vite possible.

Parfois le diagnostic de dépression est difficile en raison de tableaux atypiques où les affects dépressifs sont à l'arrière-plan et les plaintes somatiques largement mises en avant. Les plaintes douloureuses isolées, les attitudes de rejet de soins ou de traitement ainsi que le refus de s'alimenter ont été largement signalés comme pouvant cacher un état dépressif sous-jacent. Ces notions sont, de fait, largement retrouvées dans la littérature¹³⁻¹⁴.

Ces constatations plaident en faveur d'une amélioration du repérage des cas de dépression du sujet âgé et pourraient 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 âgés¹⁵⁻¹⁶.

S'en suit une prise de conscience sur l'importance des interventions visant à informer les personnes âgées sur la dépression, à leur repérage et à leur prise en charge médicale en incluant la totalité de la filière gériatrique MG, psychiatres et gériatres et les commissions de coordination gériatrique des établissements, psychologues, ergothérapeutes, personnel infirmier et aide soignants mais également tous les intervenants en ÉHPAD, du kinésithérapeute et autres éducateurs sportifs au personnel administratif et hôtelier¹⁷.

4. Le cas spécifique du rôle du médecin coordonnateur lors de la visite de pré-admission

Une partie de l'enquête portait sur la visite de pré-admission et demandait explicitement au médecin coordonnateur s'il posait systématiquement la question d'antécédent de suicide au requérant résidant ou à son entourage. De la réponse à cette question découlait la suivante : le fait d'un antécédent de suicide chez un requérant résident représente-t-il un frein à son admission ?

Selon nos résultats obtenus, près de 86 % des médecins coordonnateurs posent la question soit d'emblée pendant la discussion sur l'histoire médicale du candidat résident, soit pendant la discussion avec le candidat résident ou son entourage s'il a un doute d'antécédent de dépression grave.

Ce pourcentage élevé pourrait s'expliquer par le fait que les médecins ayant répondu au questionnaire sont, de facto, concernés par le sujet et vraisemblablement plus enclins à poser la question lors de la visite de pré-admission.

Près de 10 % des médecins ne posent jamais la question.

En analysant les réponses à cette question tout en étant attentif à celles concernant un éventuel frein à l'admission (question pour laquelle 12 % répondent par l'affirmative mais dans un pourcentage encore supérieur pour les réponses par contact téléphonique ou par entretien face/face) on se rend compte que, indéniablement, le problème concerne naturellement le médecin coordonnateur. Cela le concerne à deux titres car, s'il admet le résident il engage sa responsabilité quant à l'admission d'un résident pour lequel un problème de mise en danger de la vie peut survenir à court terme et, s'il refuse l'admission, il met le futur résident à l'écart, comme une sorte d'ostracisme médical, diminuant ses chances de bénéficier d'une prise en charge médico-sociale adaptée.

Cette question sur le rôle du médecin coordonnateur est fondamentale. Ses missions sont régies par le décret 2005-560 du 27 mai 2005, relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionnées au chapitre I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles¹⁸.

L'article D. 312-155-3 fait indirectement référence à la place du médecin dans la commission d'admission. Il stipule au point 2 que : sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution¹⁹. C'est donc bien au médecin coordonnateur d'analyser si les équipes soignantes de son ÉHPAD sont suffisamment formées, au jour J, pour recevoir un résident présentant un risque élevé de tentative suicide.

B. CONNAISSANCE DES FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE §

1. Les facteurs de risque

La totalité des questionnaires renseignés sur cet item donnent une réponse positive.

Il est intéressant d'observer que, lorsqu'il est demandé aux médecins coordonnateurs de noter les 4 facteurs de risque suicidaire les plus importants pour les personnes âgées en ÉHPAD, ils les divisaient en deux parts quasi égales : facteurs de risque médico-sociaux d'une part et facteurs de risque purement médicaux de l'autre.

L'isolement social et les personnalités peu ouvertes aux autres sont les deux facteurs médico-sociaux les plus mis en cause spontanément dans la tentative de suicide **.

Lors de discussions avec les médecins coordonnateurs permettant une analyse plus fine du tableau clinique d'un candidat au risque suicidaire, la notion de problème lié au couple apparaît très vite :

- veuvage récent (arrive en tête des causes de crises suicidaires)
- existence d'un handicap chez l'un des membres du couple
- représentation de déchéance sociale liée à la dépendance de l'un des membres du couple
- notion de déclin du couple lorsque l'un ou les deux membres se sentent en état de fragilité^{††}/²⁰

[§] Cf. Annexe 2

^{**} La maltraitance est souvent évoquée, mais uniquement concernant les nouveaux résidents, accueillis avec un lourd passif de maltraitance subie en dehors de l'établissement

^{††} Cette notion retrouvée en ÉHPAD est décrite d'autant plus fortement si elle est proche d'un fait divers sensationnel relaté par la presse « grand public »

Les notions d'âge et de sexe n'interviennent que rarement dans la réflexion autour des risques suicidaires, alors que la saisonnalité et la commémoration d'événements douloureux ou heureux, bien qu'ils ne soient que rarement mis en avant de façon spontanée, une fois qu'ils sont évoqués, sont sources de nombreuses anecdotes.

Concernant les risques médicaux purs, la dépression arrive en tête avec 85 % d'évocation par les médecins comme facteur de risque majeur. La douleur physique arrive en deuxième position avec 77 % d'évocation. Lorsqu'elle devient intolérable ou qu'elle se prolonge indéfiniment, la douleur devient vite une source d'épuisement lui-même à l'origine de l'aggravation d'une anxiété préexistante.

L'anxiété et la douleur morale arrivent en troisième position aux réponses à notre questionnaire sur les facteurs de risque médical de suicide en ÉHPAD. Ces deux éléments modifient la perception de la réalité et apportent au sujet un sens inexact aux informations qu'il reçoit du monde extérieur. Ainsi, se croyant victime d'un préjudice grave, il peut se donner la mort. L'aggravation d'une angoisse est à l'origine de décompensations psychiques qui apparaissent parfois pour des raisons futiles chez le sujet âgé et peut alors prendre une grande intensité, avec sentiment de mort imminente et entraîner un geste suicidaire sous forme de raptus²¹. Certains conflits avec l'entourage, l'impossibilité d'imposer son choix vont réactiver l'angoisse de castration. Le vieillissement concrétise cette inquiétude dans un système inverse de l'Oedipe, où le père craint la punition infligée par son fils²².

2. L'information face au risque suicidaire

Si les médecins affirment ne pas être bien informés face aux risques suicidaires^{‡‡}, ils se disent (à 96 %) pleinement impliqués dans la prise en charge de cette question. Selon eux, une bonne formation sur ce thème ne peut être dispensée que par des personnes hautement qualifiées sur le sujet avec une expérience clinique solide, au même titre que la formation sur la fin de vie pratiquée par les équipes mobiles de soins palliatifs.

Nous rapprochons ces résultats de ceux d'une vaste enquête réalisée de juin à décembre 2014, par téléphone, auprès de 420 établissements en charge de personnes âgées²³.

Cette enquête faisait suite aux conclusions du rapport du *Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées* sur la prévention du suicide chez les personnes âgées, rédigé dans le cadre du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Ces conclusions indiquaient clairement l'importance de mettre en place, le plus rapidement et le plus largement possible, des formations spécifiques sur le thème dispensées par des spécialistes expérimentés.

Elle avait pour but de connaître les besoins en formation spécifique sur le suicide des établissements en charge de personnes âgées (80 % d'ÉHPAD, 11 % de résidences et maisons de retraite et 9 % aux SSR et autres services hospitaliers de longs séjours)

^{‡‡} Seuls 42 % des questionnaires ont eu une réponse à cet item – en revanche la question abordant le degré d'implication des différents personnels de l'ÉHPAD face au problème du suicide a recueilli un maximum de réponse (96 %).

Sur ces 420 établissements, 361 (86 %) ont reconnu être concernés par le thème, mais seuls 168 (40 %) avaient mis ou allaient mettre en place une formation... formation dispensée par un spécialiste compétant et expérimenté dans seulement 33 établissements (8 %). Nous sommes loin de l'unanimité des réponses faites en direct par les médecins coordonnateurs.

Ceci s'explique par le fait que l'enquête téléphonique concernait les responsables des relations humaines des établissements ou leurs délégués administratifs, non soignants, en charge de la formation pour lesquels, bien souvent, les contraintes budgétaires sont un frein au développement de la formation externalisée.

Le personnel soignant non médical apparaît comme moins impliqué dans la prise en charge des risques suicidaires. Il s'agit essentiellement des aides-soignants dont la formation initiale manque cruellement d'information sur ce thème. Selon les médecins et les IDEC interrogés sur ce point, il est clair que la seule formation crédible qui puisse être faite à destination de ces personnels moins qualifiés doit être faite au sein de l'établissement dans le cadre de l'information professionnelle continue dispensée pendant les heures de travail.

Nous avons pu discuter avec des médecins⁵⁵ ayant travaillé spécifiquement sur ce thème avec un groupe d'ÉHPAD du département du Rhône. Ils sont intervenus dans une douzaine d'établissements dans lesquels des suicides avaient eu lieu depuis moins d'un an²⁴. Ils ont eu pour mission de former les personnels et d'évaluer cette formation un an après. Très vite, ils ont noté une hétérogénéité de la prise en compte du suicide dans les ÉHPAD : dans la moitié des établissements visités, la prévention du suicide apparaissait être une priorité, dans un quart cette prévention était prise en compte sans priorité et dans le dernier quart le constat de « *business as usual* » a, malheureusement été fait.

⁵⁵ Chauliac N. Terra J-L. Centre de Prévention du Suicide et PsyMobile.

Certains éléments notés dans les résultats de notre enquête ont également été relevés sur le terrain par le groupe de travail du CH Le Vinatier²⁵ :

Les éléments en faveur d'une prévention du suicide apparaissant être une priorité :

- L'implication de l'encadrement dans les mesures de prévention
- La mise en place spontanée des procédures de détection et de suivi des résidents en crise suicidaire
- Des efforts pour diffuser le contenu de la formation au personnel non formé
- Un sentiment de compétence du personnel pour aborder le sujet du suicide avec un résident.

Les éléments en faveur d'une prise en compte non prioritaire du suicide :

- Le personnel n'aborde pas les idées suicidaires directement avec les résidents, mais reste sensible à des indicateurs de souffrance
- Le personnel fait remonter cette information rapidement vers le psychologue, le cadre de santé, ou le médecin coordinateur, permettant une prise en charge plus ou moins rapide
- Formalisation de la prise en charge des résidents suicidaires sous la forme d'un protocole
- Utilisation au cas par cas de grilles d'évaluation à la recherche des facteurs de risque sans tenir compte du projet de vie du résident.

Les éléments en faveur d'une prévention du suicide non intégrée :

- Peu ou pas de modifications des pratiques à la suite de la formation
- Pas de soutien des personnes formées
- Pas de remise en cause de l'organisation actuelle de la prévention
- La question du suicide est perçue comme relevant uniquement du psychologue
- La formation est vécue comme une mesure imposée de l'extérieur, voire disciplinaire, après un suicide ou une tentative sévère : changer serait reconnaître ses faiblesses.

3. Quid des demandes actives de mourir ?

La question directe concernant les demandes actives d'aide à mourir apporte très peu de réponses, mais parmi les bulletins exprimés, (37 sur 102), la réponse est positive chez 90 % des médecins interrogés.

La fin de vie en ÉHPAD fait l'objet de nombreuses études et de débats au sein même des établissements concernés. Elle devient un réel enjeu pour les établissements dans lesquels, chaque année, 90.000 personnes âgées décèdent.

L'expérience des responsables des ÉHPAD interrogés sur la fin de vie de leurs résidents est superposable aux résultats d'une enquête de l'Observatoire National de la Fin de Vie²⁶.

Les éléments à retenir dans notre enquête concernent :

- L'accueil des proches du résident au sein de l'établissement en période de fin de vie : cet accueil est le plus souvent favorisé, voire proposé.
- L'accès aux équipes de soins palliatifs : il est d'une grande importance pour les ÉHPAD qui ont, dans 75 % des cas, signé une convention avec une Équipe Mobile ou un Réseau de Soins Palliatifs. De nombreux établissements accueillent ces équipes mobiles de façon régulière pour faire le point, dans leurs locaux, des cas particuliers à traiter dans l'immédiat ou dans un futur proche. Cette proximité établie provoque une relation de confiance propice à une meilleure prise en charge des résidents lorsque les soins palliatifs se révèlent nécessaires.

- La présence d'une infirmière de nuit : seuls 14 % des ÉHPAD disposent de personnel infirmier la nuit ce qui présente un handicap pour la prise en charge des personnes âgées en fin de vie. Néanmoins, en Île de France, la région s'est lancée dans une expérimentation d'équipes mutualisées d'infirmières de nuit pour 20 ÉHPAD alors que d'autres établissements ont mis en place un système d'astreinte téléphonique permettant de joindre un professionnel infirmier en cas de besoin. Ces expériences permettent d'atteindre un taux de couverture de 20 % d'établissements pour la région entière ce qui reste, bien évidemment, très largement insuffisant.

- La formation des personnels aux soins de fin de vie : selon notre enquête, 15 % des médecins coordonnateurs ont reçu une telle formation. Or, la prise en charge globale d'une personne en fin de vie est complexe et fait appel à toutes les ressources d'un ÉHPAD : prise en charge de la douleur physique et morale du résident, mise en place d'un soutien psychologique à la famille, soins infirmiers rapprochés...

- La réflexion éthique : elle est au cœur de toutes les décisions prises pour le confort de chaque résident. Les actions réalisées sont le fruit d'un travail en équipe pluridisciplinaire où chacun a sa place.

C. LES MESURES DE PRÉVENTION DU SUICIDE DES PERSONNES ÂGÉES

1. La formation et l'information professionnelle

La formation des personnels est l'élément clé d'une bonne compréhension du risque suicidaire et de sa prévention. On estime que bien former une aide-soignante sur des aspects précis de relations humaines va bénéficier à une vingtaine de résidents ayant besoin d'un accompagnement psychique²⁷.

On sait que 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 la détresse, ainsi que des conditions physiques délétères : les médecins coordonnateurs axent leurs efforts de formation sur ces points.

Il en va de même pour les situations de rupture (déménagement, apparition d'une infirmité grave chez le conjoint, deuil...) qui favorisent le risque suicidaire et nécessiteront donc un dépistage et une réponse. A contrario, 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 âgées²⁸.

Il ne faut pas non plus négliger le fait que l'entourage de la personne âgée qui se suicide subit un traumatisme psychologique et doit bénéficier d'un accompagnement. Un volant spécifique de l'information des personnels d'ÉHPAD doit en tenir compte.

Ainsi, on peut résumer les interventions de prévention du suicide à trois niveaux²⁹ :

- Savoir repérer et réduire les facteurs de risque/Renforcer les facteurs protecteurs,
- Savoir prendre en charge la crise suicidaire (accueil et suivi des suicidants),
- Savoir accompagner et suivre les suicidaires et les endeuillés (a posteriori).

Concernant la fréquence à laquelle il faut former le personnel au risque suicidaire, les réponses pour l'accès à une réunion annuelle minimum sont unanimes.

2. Les mesures spécifiques mises en place en faveur des résidents

Les mesures de prévention du suicide sont nombreuses et sont parfois le fait de professionnels du secteur extérieurs aux établissements. Les architectes spécialisés, par exemple, qui conçoivent des bâtiments avec terrasses non accessibles, préconisent des fenêtres avec entrebâilleurs, installent des balcons sécurisés, proposent des cages d'escalier avec dispositifs antichute ou bien les constructeurs de chariots à médicaments qui ont inventé des systèmes de fermeture innovants avec inaccessibilité aux substances en dehors d'une présence humaine autorisée.

Certaines actions sont notées par les responsables travaillant en ÉHPAD (Directeur, médecin coordonnateur, IDEC) comme permettant d'améliorer le repérage de la crise suicidaire.

Parmi ces actions on relève :

- l'intervention d'un psychologue (88 %)
- le suivi d'un traitement antidépresseur (71 %)
- l'accentuation de la vigilance envers les personnes menaçant de se suicider (59 %)
- l'amélioration de la prise en charge des personnes en souffrance psychique (47 %)
- parler du suicide au résident qui menace de passer à l'acte (29 %)

Selon les médecins coordonnateurs interrogés, les mesures majeures de prévention concernent le personnel travaillant en contact rapproché avec les résidents, qu'il soit soignant ou non. Ainsi nous avons noté qu'il existe une volonté forte de sensibiliser tant le personnel soignant que le personnel administratif à la surveillance rapprochée des sujets à risque dans 75 % des établissements. Il reste encore 17 % des établissements qui ne jugent pas nécessaire de proposer aux salariés, en dehors des infirmières, des formations sur le suicide.

Plus de 90 % des médecins coordonnateurs interrogés affirment pourtant l'importance à leurs yeux d'une sensibilisation étendue à tout le personnel de l'ÉHPAD sur les risques suicidaires. Cela devrait se traduire par des actions de formation ciblées.

Une difficulté majeure existe, toutefois, pour mettre en place des mesures de prévention : le turn-over, parfois très important, des équipes (jusqu'à 20 % des aides-soignantes dans certains établissements).

V. CONCLUSION

La notion de risque suicidaire des résidents en ÉHPAD est maintenant bien connue mais reste très difficilement évoquée par les professionnels concernés.

L'objet de ce travail était de recueillir un maximum d'informations en provenance des médecins coordonnateurs d'établissements, des directeurs de ces mêmes établissements et des IDEC.

Le taux de remontée des questionnaires a été faibles mais leur envoi a permis néanmoins de mettre en évidence, grâce aux retours des questionnaires papier, aux contacts téléphoniques spontanés et aux rendez-vous en face/face qui ont suivi un très grand intérêt des médecins coordonnateurs, des directeurs d'ÉHPAD et des IDEC sur ce thème.

Il est toutefois intéressant de noter que, selon notre expérience, cet intérêt semble ne pas être partagé par les cadres administratifs des établissements, qu'ils soient DRH ou responsables des affaires financières. Ceci peut être dommageable à la diffusion ou à la dispensation d'une bonne formation essentiellement lorsque un désaccord d'ordre budgétaire bloque l'accès aux programmes externes.

Les données de notre enquête permettent toutefois de confirmer sensiblement les résultats des enquêtes précédentes, notamment celles concernant les suicides et tentatives de suicide en EHPAD dans le Nord-Pas-de-Calais en 2012, mais le nombre trop restreint d'établissements concernés ne permet qu'un aperçu partiel de la situation.

En effet le suicide du sujet âgé, plus particulièrement en ÉHPAD, est un fléau de santé publique très sous-estimé contre lequel seule une politique de prévention documentée a des chances de réussite.

Prendre le problème à bras le corps comme le souhaitent les pouvoirs publics nécessite une vision d'ensemble nationale afin de mettre en place une véritable politique de prévention qui ne peut passer que par une formation adaptée et réfléchie des personnels soignants (médicaux et non médicaux) et administratifs des ÉHPAD sous la houlette et avec le concours de médecins coordonnateurs.

Pour ce faire une grande étude nationale auprès des personnels des ÉHPAD (questionnaires par courriels avec, en parallèle, un maximum d'entretiens face-face avec le concours d'enquêteurs spécialement formés) permettrait enfin de bien connaître les besoins très particuliers qu'impose cette population et de mettre en place une véritable politique de formation spécifiquement adaptée à la prévention du suicide chez la personne âgée.

C'est seulement en libérant la parole et en brisant les tabous liés à la fin de vie dans ces conditions si particulières que les actions de sensibilisation et de formation qui en découleront prendront véritablement leur sens, leur légitimité et donc une pleine efficacité.

VI. ANNEXES

ANNEXE 1

I - Acte suicidaire proprement dit chez les personnes hébergées (réussi ou non)

a/ Avez-vous eu des actes suicidaires dans votre établissement parmi vos résidents ?

Oui Non

si oui,

- combien ? _____

- il y a combien de temps ? _____

- de quel sexe (précisez) ?

- selon quel mode ?

- défénéstration
- pendaison
- intoxication médicamenteuse
- arrêt de l'alimentation
- autre

b/ Avez-vous eu connaissance de cas d'intoxication médicamenteuse volontaire chez certains de vos résidents ?

Oui Non

c/ parmi vos résidents, avez vous eu des personnes ayant eu des ATCD de tentative de suicide préalable à leur entrée ?

Oui Non

si oui,

prenez-vous des mesures particulières d'accompagnement ou de surveillance ?

Oui Non

si oui, lesquelles :

d/ À l'occasion de la visite de pré-admission, posez-vous systématiquement la question d'antécédent de suicide au requérant résidant ou à son entourage ?

Oui Non

e/ Le fait d'un antécédent de suicide chez un requérant résidant représente-t-il un frein à son admission ?

Oui Non

ANNEXE 2

II - La connaissance des facteurs de risque suicidaires chez les personnes âgées par le personnel (médical, non médical et administratif)

a/ Connaissez-vous les facteurs de risque de suicide chez les personnes âgées ?

- Oui Non

b/ Parmi les éléments suivants, quels sont les facteurs de risque qui vous paraissent les plus importants en ÉHPAD (cochez-en 4 maximum) ?

	âge
	sexe
	veuvage
	statut social antérieur
	isolement
	saisonnalité
	dates anniversaires d'un moment passé
	personnalité peu ouverte aux autres
	facteur médical :
	<input type="radio"/> dépression
	<input type="radio"/> anxiété et douleur morale
	<input type="radio"/> fragilisation du moi
	<input type="radio"/> douleur physique
	<input type="radio"/> baisse de l'acuité sensorielle
	<input type="radio"/> existence d'un handicap

c/ pensez-vous être bien informé face au risque suicidaire ?

Oui Non

d/ selon vous, quel est le degré d'implication des personnels de votre ÉHPAD face au risque suicidaire ?

Médical	0											10
Non Médical	0											10
Hôtelier	0											10
Administratif	0											10

e/ avez-vous eu à traiter des demandes actives d'aide à mourir ?

Oui Non

f/ avez-vous les connaissances nécessaires pour faire la différence entre un suicide et une demande active d'aide à mourir ?

Oui Non

ANNEXE 3

III - Les mesures de prévention du suicide des personnes âgées

a/ Dans votre établissement, avez-vous mis en place des mesures spécifiques de prévention du suicide pour vos résidents ?

Oui Non
si oui, lesquelles ?

b/ Selon vous, parmi les éléments suivants, quels sont ceux qui permettent d'améliorer le repérage de la crise suicidaire ?

- sensibiliser tout le personnel de l'ÉHPAD
- accentuer la vigilance envers les personnes menaçant de se suicider
- améliorer la prise en charge des personnes en souffrance psychique
- faire intervenir un psychologue
- encourager un traitement par antidépresseur
- parler du suicide au résident qui menace de passer à l'acte

c/ Pensez-vous que le personnel de votre établissement est bien formé ?

	OUI	NON
Soignant médical		
Soignant non-médical		
Soignant externe (kiné, orthophoniste, et cetera...)		
Hôtelier		
Administratif		

d/ Selon quelle fréquence pensez-vous qu'il faille former le personnel au risque suicidaire ?

- Jamais
- 1 fois par an
- 1 fois tous les 5 ans
- 1 fois tous les 10 ans

VII. BIBLIOGRAPHIE

¹ Conwell and Cailting, 2008 – Prévention du suicide chez les personnes âgées - Rapport du CNBD – 2014 - travail collectif sous la direction de A-S Rigaud (Hôpital Broca, AP-HP, Université Paris Descartes) et Thierry Gallarda (Hôpital Sainte-Anne) dans le cadre du «Programme national d’actions contre le suicide 2011-2014»

² Preville et al., 2005a – Prévention du suicide chez les personnes âgées - Rapport du CNBD – 2014 - travail collectif sous la direction de A-S Rigaud (Hôpital Broca, AP-HP, Université Paris Descartes) et Thierry Gallarda (Hôpital Sainte-Anne) dans le cadre du « Programme national d’actions contre le suicide 2011-2014 »

³ Insee mobile – Espérance de vie – Mortalité ; avril 2015 – Insee Résultats

⁴ Les Solitudes en France. Juillet 2014 – L’Observatoire Fondation de France

⁵ « Projections des populations âgées dépendantes », Dossiers solidarité et santé n°43, Drees, 2013

⁶ CepiDc – Inserm 2013

⁷ CepiDc – Inserm 2011/2006

⁸ BEH thématique Suicide, décembre 2011

⁹ Prévention du suicide chez les personnes âgées - Rapport du CNBD – 2014 - travail collectif sous la direction de A-S Rigaud (Hôpital Broca, AP-HP, Université Paris Descartes) et Thierry Gallarda (Hôpital Sainte-Anne) dans le cadre du « Programme national d’actions contre le suicide 2011-2014 »

¹⁰ Casadebaig Françoise et col. Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France 1975-1995. INSERM U 51 3, Rev. Epidemio Santé Pub. 2003; 51 (1): 55-64.

¹¹ Marie Manechez et al Suicides et tentatives de suicide en ÉHPAD dans le Nord – Pas-de-Calais en 2012 – Fédération Régionale de Recherche en Santé mentale Nord – Pas-de-Calais

¹² 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.

¹³ Lapierre, Y.D. (1991a,b,c) Controlling acute episodes of depression. International ClinicalPsychopharmacology, 6 Suppl 2, 23-35.

¹⁴ 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:

¹⁵ 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

¹⁶ Lôi H, Gallarda T. troubles dépressifs et personnes âgées, Pathologie sciences-formation, 2001, p.172

¹⁷ 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.

¹⁸ Ankri Joël : « L'entrée en institution ». Gérontologie et société, Paris, Fondation Nationale de Gérontologie, mars 2005 n°112 pp234-236

¹⁹ Didier Mallay « Organisation des pré-admissions en ÉHPAD – Qui se charge de quoi ? » Mémoire pour l'obtention du DIU de médecin coordonnateur ; année universitaire 2009-2010

²⁰ « Paris : morts main dans la main dans un lit du Lutetia » - Le Parisien Aujourd'hui en France ; 23 nov. 2013

²¹ Nahli Saadia « Le suicide chez la personne âgée » – Mémoire DIU de suicidologie – Angers 2006 ; p12

²² Tessier JF. Clément JP. Léger JM. « Le corps comme outil de suicide : approche d'une modalité suicidaire chez l'âgé ». Psychologie Médicale ; 1989, vol 21, n°4, pp512-516

²³ Enquête dirigée par Thierry Gallarda et François Chary ; réalisée par CARCO sur « La faisabilité de programmes de formation de prévention du suicide en institution conformément aux conclusions du rapport du Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées rédigé dans le cadre du Programme national d'actions contre le suicide » ; juin-décembre 2014

Prévention du suicide chez les personnes âgées - Rapport du CNBD – 2014 - travail collectif sous la direction de A-S Rigaud (Hôpital Broca, AP-HP, Université Paris Descartes) et Thierry Gallarda (Hôpital Sainte-Anne) dans le cadre du « Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 »

²⁵ Terra Jean-Louis, Chauliac Nicolas « Évaluation d'un programme de prévention du suicide par un réseau de *gatekeepers* dans douze ÉHPAD du Rhône » 12èmes Journées Troubles Mentaux, Vieillesse et Démences consacrée au Suicide de la Personne Âgée - vendredi 13 décembre 2013 ; sous la Présidence de Thierry Gallarda

²⁶ La fin de vie en ÉHPAD – Premiers résultats d'une étude nationale ; Observatoire National de Fin de Vie ; septembre 2013

²⁷ Ardiet G, Poncet A. Psychiatrie de liaison en maisons de retraite – Revue francophone de gériatrie et gérontologie 2005. 115 : 232-234

²⁸ Du Roscoät et Beck 2013

²⁹ Prévention du suicide chez les personnes âgées - Rapport du CNBD – 2014 - travail collectif sous la direction de A-S Rigaud (Hôpital Broca, AP-HP, Université Paris Descartes) et Thierry Gallarda (Hôpital Sainte-Anne) dans le cadre du « Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 »