



CONDUITES SUICIDAIRES DE LA PERSONNE ÂGÉE ET PRISE DE CONSCIENCE DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX



Laurent Plancke
Nice, 3 septembre 2015

PLAN

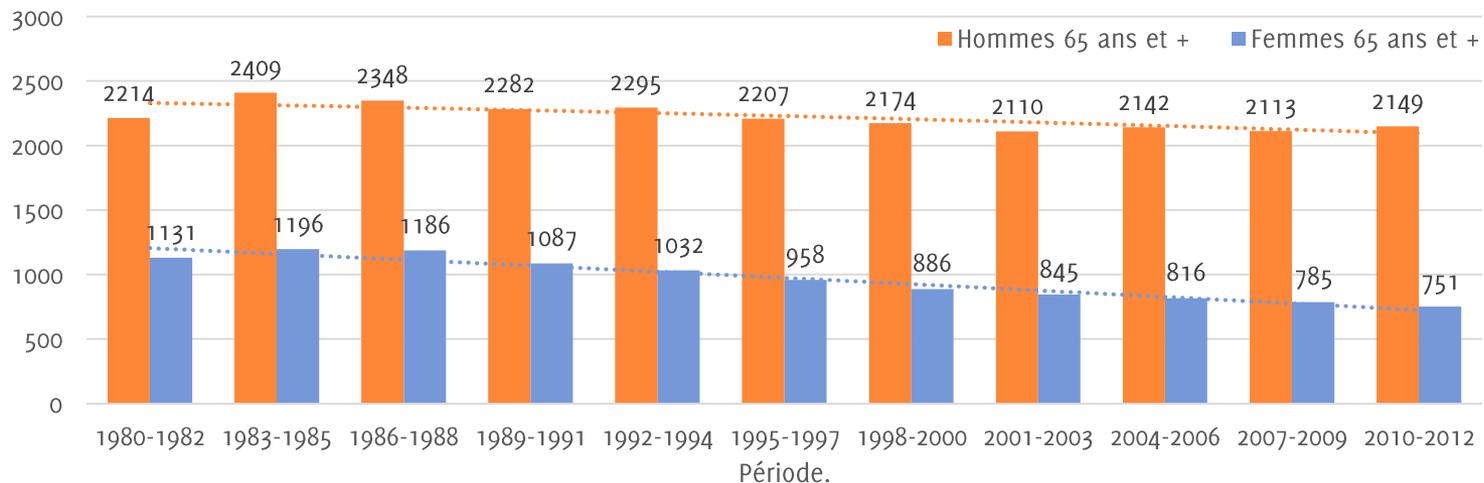
- Point socio-épidémiologique sur les conduites suicidaires des personnes âgées
 - Sources disponibles
 - État des lieux
 - National
 - Régional
- Réflexions sur leur prévention et le rôle de l'environnement social

LES DÉCÈS PAR SUICIDE

LE SUICIDE DES PERSONNES ÂGÉES FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Environ 3 000 suicides par an
 - Stabilité pour les hommes 2200-2300
 - Baisse chez les femmes 1200 → 750
 - Hausse du *sex ratio* 2,0 → 2,9

Décès par suicide des personnes âgées de 65 ans et + selon le sexe. France métropolitaine. 1980-2012 (moyennes triennales)

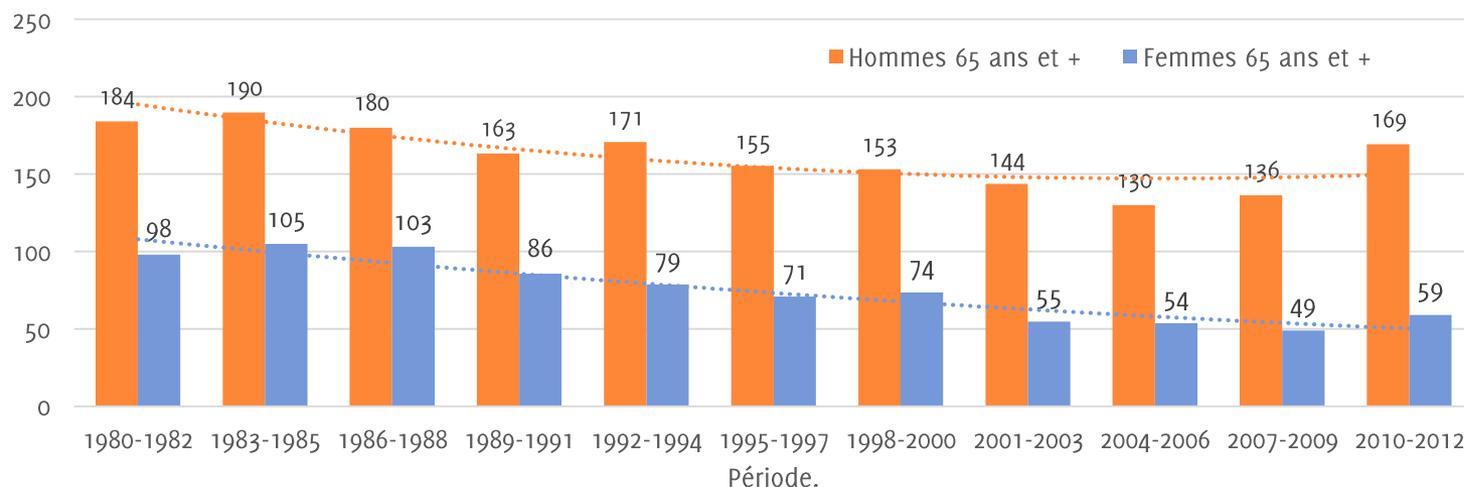


Source : Inserm, CepiDc.

... ET DANS LE NORD - PAS-DE-CALAIS

- 230 décès durant la dernière période
- Tendance à la baisse ...
- ... mais nouvelle hausse pour les années 2010
 - Y compris chez les femmes
- Hausse du *sex ratio*

Décès par suicide des personnes âgées de 65 ans et + selon le sexe. Nord - Pas-de-Calais. 1980-2012 (moyennes triennales)



Source : Inserm, CepiDc

IMPORTANCE DU SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES 1/3

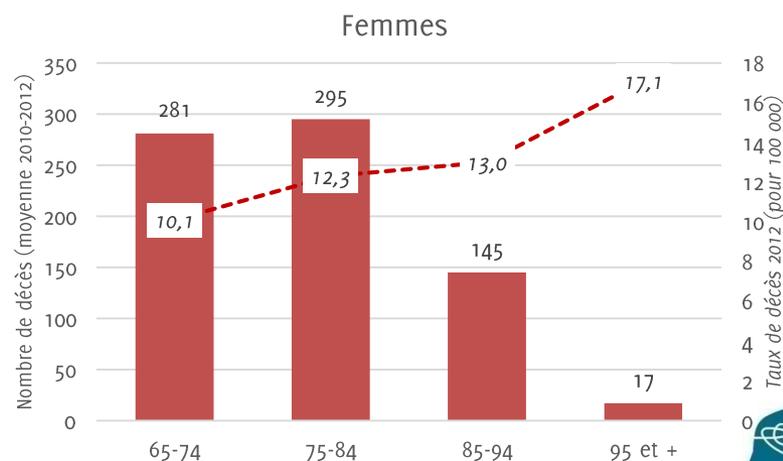
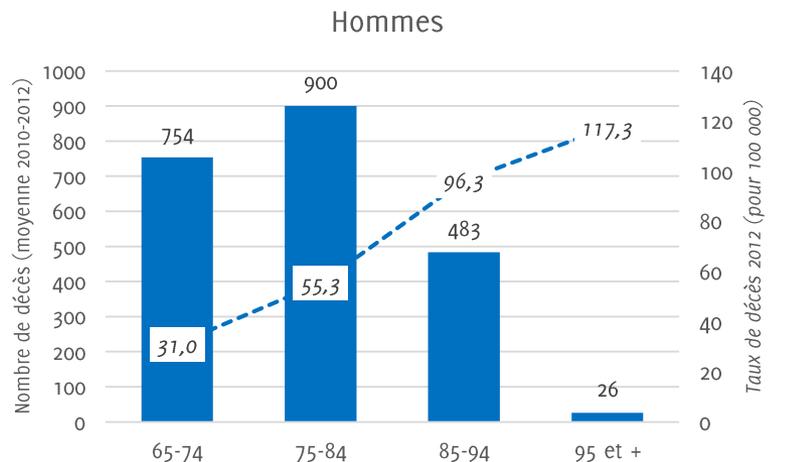
Suicide des hommes de 65 ans et + : nombre et taux pour 100 000. France métropolitaine. Moyenne 2010-2012

○ En nombre

- Un nombre de cas limité
 - 2900
 - 2149 hommes
 - 751 femmes
- Les 75-84 ans : les + nombreux (1195)

○ En taux

- Pour 100 000 personnes
- 1,3 à 2,5 fois plus que les moyennes tous âges
 - H 32,6 – F 8,5 / 100 000
- En hausse avec l'avancée en âge



Source : Inserm, CepiDc. Traitement : F2RSM.

IMPORTANCE DU SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES 2/3

- En proportion
 - Parmi le total des décès
 - 0,6% de l'ensemble des décès
 - Baisse avec l'avancée en âge

Poids du suicide des 65 ans et + parmi l'ensemble des décès selon le sexe. En %..
France métropolitaine. Moyenne 2010-2012

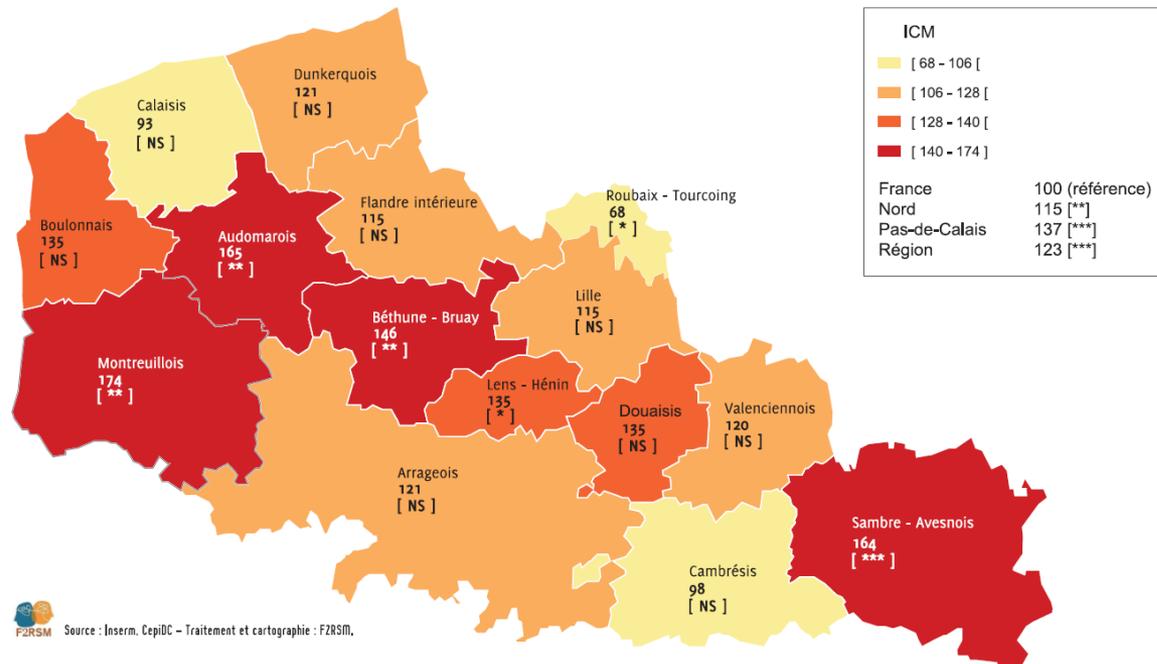
% des décès	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 et +	Total
Hommes	1,6%	1,1%	0,7%	0,3%	1,0%
Femmes	1,1%	0,4%	0,1%	0,1%	0,3%
Ensemble	1,4%	0,8%	0,3%	0,1%	0,6%

Source : Inserm, CepiDc.

IMPORTANCE DU SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES 3/3

- En comparaison
 - Avec une population de référence
 - Standardisation (décès observés / décès attendus)

SUICIDE DES 65 ANS ET + : INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ DES ZONES DE PROXIMITÉ DU NORD - PAS-DE-CALAIS . 2008-2010.

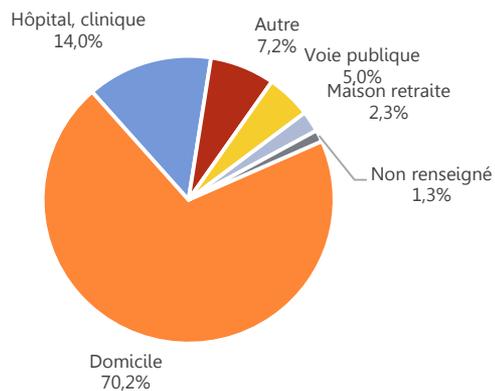


Exemple de lecture : le Boulonnais présente un ICM de 135, exprimant une surmortalité de 35% par rapport la France métropolitaine
 Par rapport à la France métropolitaine différence : NS : non significative / significative : * à 5%, ** à 1%, *** à 0,1% de risque d'erreur.

- La majorité des zones en surmortalité
 - Significative (6/15) ou non (7/15)
- Malgré d'énormes difficultés socio-économiques : Roubaix-Tourcoing en sous-mortalité

SURTOUT À DOMICILE

Décès par suicide selon le lieu. Nord - Pas-de-Calais. 2010-2012.

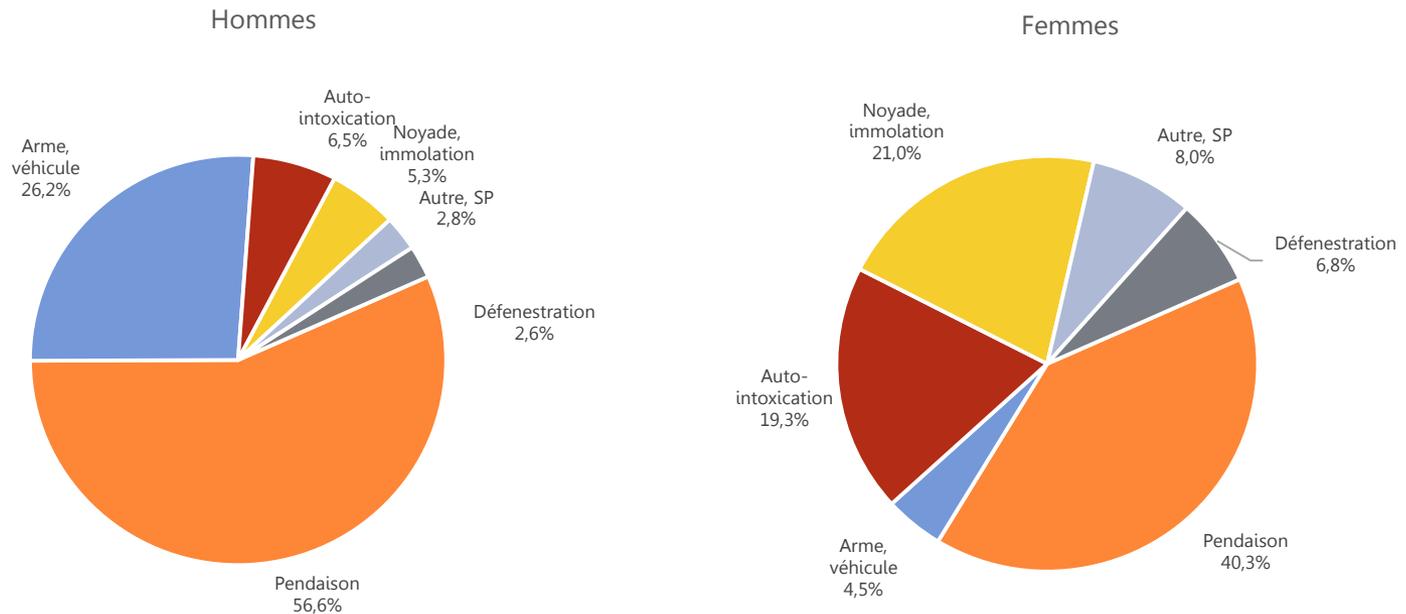


Source : Inserm, CepiDc.

- À l'hôpital : après passage aux urgences ?

SURTOUT DES MODES VIOLENTS

Suicide selon le mode. Nord - Pas-de-Calais. 2010-2012.

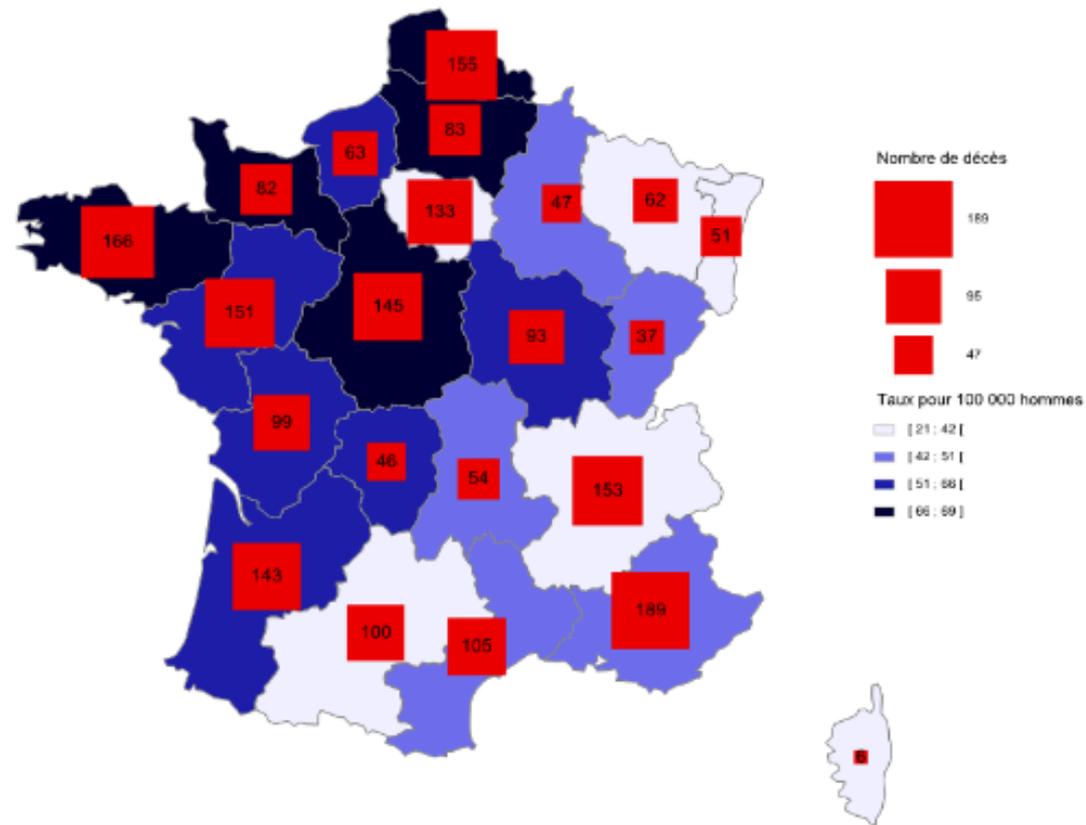


Source : Inserm, CepiDc.

Par rapport aux plus jeunes :

- d'autointoxications et de pendaisons
- + d'armes, de noyades et d'immolations

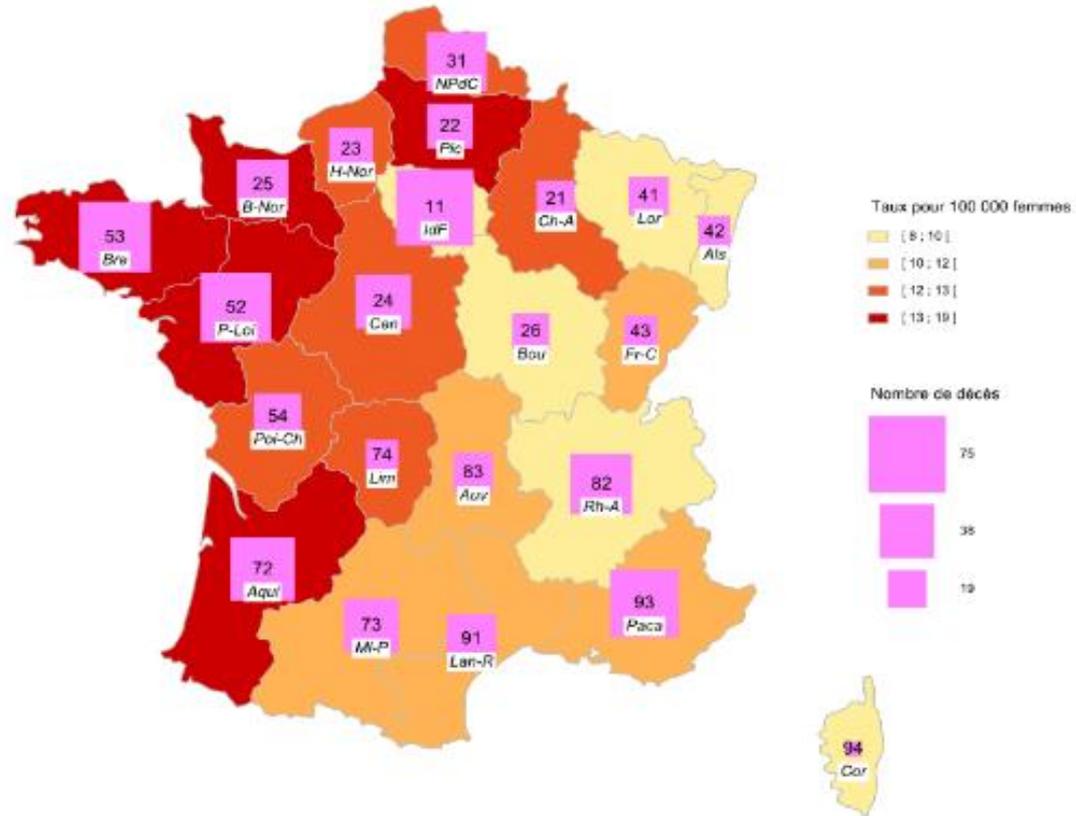
SUICIDE DES HOMMES DE 65 ANS ET + : NOMBRE ET TAUX POUR 100 000. FRANCE MÉTROPOLITAINE. 2012 (N=2163)



Source : Inserm, CepiDc et Insee - Cartographie : F2RSM.

CLP, AVICEL et F2RSM sur LP2012 ont analysé les données de personnes âgées (65 ans et +) par région 2012.

SUICIDE DES FEMMES DE 65 ANS ET + : NOMBRE ET TAUX POUR 100 000. FRANCE MÉTROPOLITAINE. 2012 (N=738)



Source : Inserm, CapIdo et Insee - Cartographie : F2RSM.

LE PLAN DÉPARTEMENTAL DE LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE DES PERSONNES ÂGÉES (Cadaux) 2012-2015

Conduites suicidaires de la personne âgée

LES TENTATIVES DE SUICIDE

- Déclarées
 - Enquêtes en population générale
- Enregistrées
 - Séjour hospitalier en MCO avec diagnostic de suicide
 - Appel au samu-centre 15
 - Prise en charge psychiatrique
 - Séjour
 - Suivi ambulatoire

MOINS DE TS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

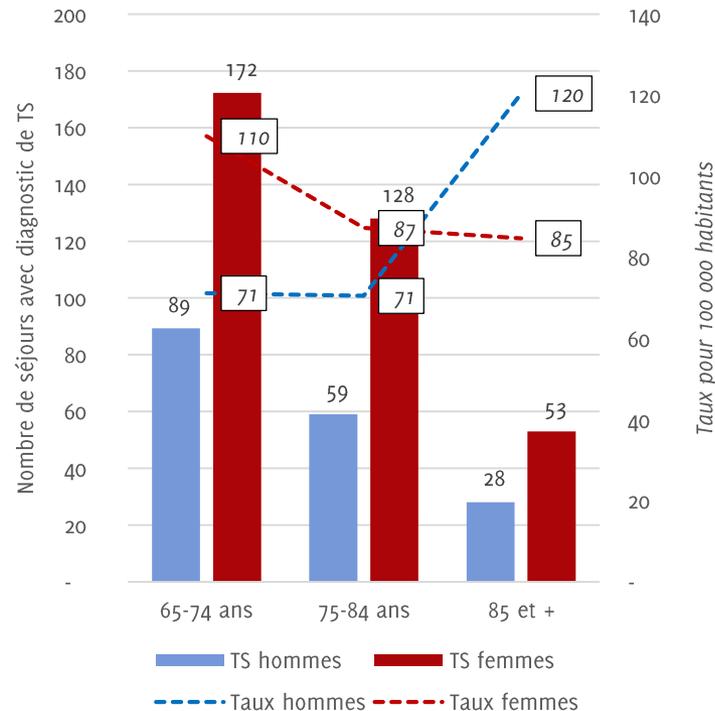
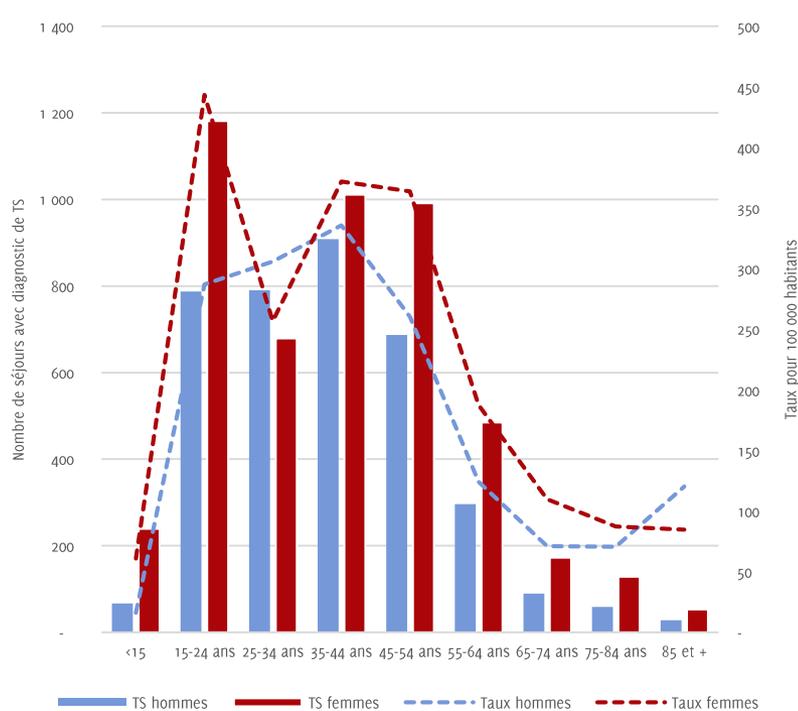
Peu de séjours pour TS chez les âgés

- en volume. Sur l'ensemble des suicidants, les 65 ans et +
 - 5% chez les hommes
 - 7% chez les femmes

Peu de séjours pour TS chez les âgés

- en taux pour 100 000
 - 76 chez les hommes (vs 206 <65 ans)
 - 97 chez les femmes (vs 266 <65 ans)

Séjours avec diagnostic de TS. Nombre et taux pour 100 000 par sexe et âge. Nord - Pas-de-Calais. 2009-2011.



Conduites suicidaires de la personne âgée



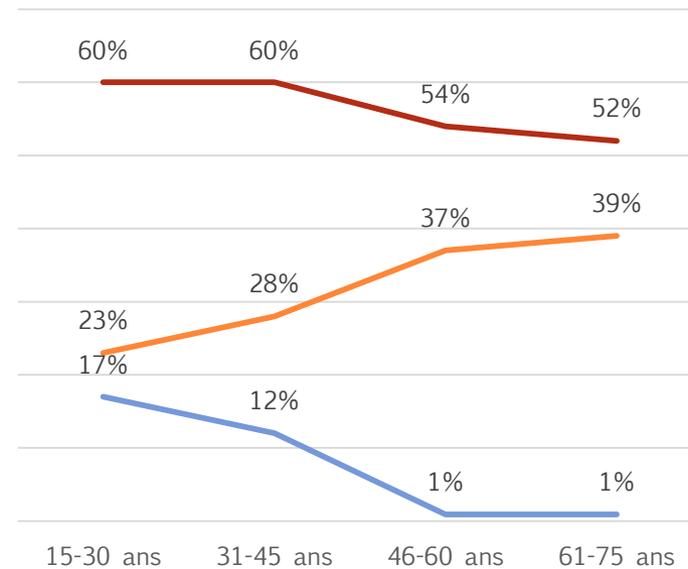
AVANCÉE EN ÂGE 1/2

- Chez les suicidants, par rapport aux moins âgés, les 65 ans et + sont encore plus souvent des femmes
 - < 65 ans : 1,3 fois + de femmes que d'hommes
 - ≥65 ans : 2 fois +

AVANCÉE EN ÂGE 2/2

DEGRÉ D'INTENTION DE MOURIR LORS DE LA DERNIÈRE TS SELON L'ÂGE. FRANCE. 2010.

- Appel à l'aide : 1^{ère} motivation des suicidants (déclarés)
- Mais, avec l'avancée en âge, la détermination à mourir est plus fréquente



Quelle était votre motivation lors de votre TS ?

— Vous étiez vraiment décidé à mourir ...

— Vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace

— Appel à l'aide, mais pas intention de mourir

Source : Inpes, Baromètre santé 2010.

EN EHPAD

- Etude régionale, 2013
- 107 Ehpads
 - ≥ 1 décès ou 1 TS : 25 cas (23%)
 - ≥ 1 suicide : 4 cas (4%)
 - Taux : 44 / 100 000 résidents
 - ≥ 1 TS : 22 cas (20%)
 - Taux : 242 / 100 000 résidents
- (1 TS + 1 décès : 1 cas)
- Taux très élevés
- Supérieurs / autres sources
(mais effectifs très faibles)

VIEILLISSEMENT

○ Avancées

- Expérience
- Revenu (pour certains)
- Disponibilité
 - Engagements
 - Familiale
 - Loisirs

○ Pertes

- Statutaires
 - Emploi
 - Revenu (pour d'autres)
- Conjugalité (veuvage)
- Logement antérieur
 - Maison de retraite
- Physiques
 - Limitations, handicaps ...
 - Maladies ...
- Cognitives
- Éloignement du modèle envahissant du jeune agissant



Quel équilibre entre ces deux mouvements ?

Si la dépression de la personne âgée doit faire l'objet de la même attention que toute situation génératrice de souffrance, il est impossible de ne pas considérer le contexte socio-biographique dans laquelle elle s'inscrit, et sur lequel la médecine seule a des pouvoirs surtout palliatifs.

D'autre part, se pose bien sûr la question éthique centrale du choix de sa fin de vie.

Jusqu'où politiques de santé, entourage social et médecine ont à s'immiscer dans le libre arbitre de chacun d'entre nous ?

Des suicides ne sont pas liés au désespoir mais parfois à une décision de choisir le moment de terminer sa vie

Cf Hélène Vincent dans *Quelques heures de printemps* de Stéphane Brizé (avec Vincent Lindon en 2012)

Les réponses thérapeutiques, ou encore l'éloignement des moyens létaux, sont sans doute indispensables, mais ils seront toujours limités si les causes du désespoir ne sont pas considérées, parmi lesquels l'isolement occupe une place considérable.

Il y a sans doute à reconstruire des solidarités ou construire de nouvelles solidarités (les nouvelles technologies en sont un support idéal) avec les personnes âgées.

Institutionnellement, on peut considérer qu'elles existent (assurance vieillesse, aides aux personnes dépendantes ...); sociologiquement, le statut de la personne âgée s'est considérablement dévalorisé :

- affaiblissement du respect inhérent à la position générationnelle du grand parent
- envahissement du jeunisme, de l'agir et du faire par rapport à l'être (culte de la performance, du mouvement, de la mobilité ...)

On ne dira jamais assez l'importance des liens sociaux pour notre bien-être et, donc, dans la prévention de toute une série de problèmes qui peuvent nous affecter, ces interactions qui nous font exister pour nos proches (amis, parents, collègues, voisins); pas seulement les relations affinitaires choisies, mais également celles qui s'imposent à nous et qui nous amènent à ajuster nos comportements et paroles au contexte socio-relationnel du moment.

En voyageant un peu (ou en comparant zones rurales et zones urbaines dans nos contrées), il est possible d'observer comment les solidarités traditionnelles tendent à s'affaiblir lorsque les solidarités institutionnelles s'intensifient, ce qui constitue un effet pervers qu'il faut pointer.

En matière d'hébergement d'urgence, on assiste par exemple à une hausse constante du besoin exprimé (appels au 115), qui ne peut pas être expliqué uniquement par celle du nombre de personnes à la rue (mais qui est également lié à la baisse des efforts de tout un chacun pour prendre sa part dans l'aide apportée à nos proches).

Prévenir le désespoir, le suicide, c'est donc contribuer à entretenir ou à rétablir une sociabilité avec les personnes qu'on cherche à aider, c'est lutter contre l'isolement :

engagement personnel de tout un chacun dans les différents segments de notre vie sociale (familiale, de voisinage, bénévole ...)

favoriser/développer l'accessibilité physique et symbolique à des groupes de pairs ou intergénérationnels, quels qu'en soient les supports :

- entraide
- loisirs
- sports
- culture
- ...

Sans remettre en cause l'importance des politiques et de l'intervention professionnelle, leur portée pourrait rester limitée si se poursuit le désinvestissement de nos solidarités « profanes » (familiales, de voisinage, citoyennes ...)

Les nouvelles technologies de communication constituent un support idéal pour contribuer à entretenir des liens sociaux entre des personnes fragiles.

Merci pour votre attention

laurent.plancke@santementale5962.com

 03 20 44 10 34