

# Les personnes âgées

24-247-06W

Les personnes âgées de 65 ans et plus<sup>1</sup> présentent des vulnérabilités associées au suicide<sup>2</sup>. Mondialement, il s'agit du groupe d'âge présentant le taux le plus élevé de suicide<sup>1,3,4</sup>, alors qu'au Québec ce groupe d'âge se trouve au 3<sup>e</sup> rang chez les hommes et au 4<sup>e</sup> rang chez les femmes<sup>7</sup>. La consommation d'alcool et de drogue, la douleur physique<sup>1,3,4,5</sup>, les troubles mentaux comme la dépression, la perte d'autonomie<sup>1,3,5</sup> et le sentiment d'être un poids pour ses proches<sup>3,8</sup> ou d'être inutile<sup>3,6,5,8</sup> de même que les nombreux deuils de fin de vie auxquels ces personnes peuvent être confrontées accentuent leur vulnérabilité à vivre un ou des épisodes suicidaires<sup>1,2,5,6</sup>. Comme pour les autres groupes d'âge, la présence d'antécédents psychiatriques représente un facteur de risque<sup>1,4</sup>. Cependant, chez les personnes âgées, il arrive que les symptômes de troubles mentaux soient confondus avec certains troubles cognitifs, avec des maladies physiques ou avec les effets du vieillissement<sup>9</sup>. Le fait de vivre seul<sup>1,4</sup>, d'être hébergé (résidence intermédiaire, résidence de type familial et CHSLD) et de subir de la maltraitance physique ou psychologique<sup>1</sup> sont des facteurs de risque supplémentaires pour cette population. De plus, certains problèmes cognitifs causant une altération du processus de prise de décision, de l'impulsivité ou des états dépressifs augmentent le risque d'idéation suicidaire et de passage à l'acte<sup>10</sup>. À l'inverse, un fort soutien social, un sentiment d'appartenance<sup>1,4,5,8</sup>, un sens spirituel et une pratique religieuse, ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie sont des facteurs de protection pour les personnes âgées<sup>5</sup>.

Parmi les personnes qui font des tentatives de suicide, les personnes âgées de 65 ans et plus sont les plus susceptibles de trouver la mort<sup>6,11</sup> à la suite de leur geste. Le taux de létalité (risque d'entraîner la mort) élevé des comportements suicidaires chez ce groupe d'âge<sup>2,6</sup> peut être expliqué par le fait qu'une certaine proportion de personnes âgées qui ont des pensées ou

des comportements suicidaires emploient des méthodes radicales (pendaison, arme à feu, intoxication aux gaz d'échappement)<sup>12,6,8</sup> et moins impulsives (c'est-à-dire plus planifiées), ainsi que par un état de santé généralement plus précaire. Cependant, certains comportements dénotant un désir de mourir chez les personnes âgées passent parfois inaperçus ou ne sont pas

répertoriés comme des tentatives de suicide (refus de prendre la médication de la manière prescrite, refus de se nourrir, ingestion inappropriée d'alcool ou de médicaments, etc.)<sup>8</sup>.

Peu de personnes âgées, outre celles qui présentent des problèmes de santé précipitant l'acte suicidaire (maladie en stade terminal ou maladie invalidante, douleur sévère, etc.), expriment leur désir de mourir<sup>12,13</sup>. Des facteurs physiques (ex. : douleur) et cognitifs (ex. : altération du processus de prise de décision) jouent un rôle majeur dans le désir de mourir des personnes âgées et le risque suicidaire peut être présent malgré l'absence d'un état dépressif<sup>5</sup>. Il est donc important de déceler les idées et les comportements suicidaires chez les personnes âgées.

**Peu de personnes âgées, outre celles qui présentent des problèmes de santé précipitant l'acte suicidaire (maladie en stade terminal ou maladie invalidante, douleur sévère, etc.), expriment leur désir de mourir<sup>12,13</sup>**



## Pratiques à promouvoir

- **Être conscient de ses propres pensées âgistes** qui peuvent interférer avec l'intervention.
- **Mettre en place des interventions pour briser l'isolement social** (ex. : visite d'un bénévole, accompagnement à une activité communautaire, appels d'amitié, etc.)<sup>1,4,5,8</sup>.
- **Faire croître son estime personnelle**<sup>2</sup> en l'aidant à retrouver un sentiment d'utilité<sup>3,8</sup>. Privilégier des interventions qui suscitent l'espoir.
- **Amener la personne âgée à redécouvrir un sens à sa vie**<sup>2</sup> : avoir des buts personnels, de petits objectifs chaque jour, une routine de vie.
- **Prendre soin autant de la santé mentale des personnes âgées que de leur santé physique**<sup>3</sup>.
- **Sensibiliser les personnes âgées**, ainsi que leur entourage, à la **problématique du suicide**, aux facteurs de risque et de protection.
- **Diriger la personne âgée vers les services appropriés** pour une évaluation professionnelle en fonction des facteurs de risque présents (ex. : douleur, utilisation inappropriée de la médication, problème psychosocial, etc.)<sup>14,15</sup>.
- **Effectuer régulièrement un repérage du risque suicidaire** de la personne âgée, même en l'absence de verbalisation d'idéation suicidaire ou de désir de mourir<sup>12</sup>.
- **Établir un plan de sécurité en cas de crise suicidaire.**
- **Encourager le réseautage** avec les partenaires communautaires<sup>15</sup>.
- **Utiliser des approches orientées vers les solutions** auprès des personnes âgées souffrant de dépression ou d'une légère altération des fonctions exécutives<sup>10</sup>.
- **Utiliser la thérapie interpersonnelle**, en l'adaptant pour la clientèle âgée, auprès des personnes présentant des manifestations associées au suicide et un problème de santé mentale<sup>13</sup>.
- **Porter attention à l'intersectorialité des facteurs de vulnérabilité au suicide**, par exemple les personnes âgées des minorités sexuelles<sup>14</sup>.

## Réalisation

L'Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a conçu les fiches « Prévenir le suicide - besoins et réalités de groupes spécifiques » dans le cadre de la Politique gouvernementale de prévention en santé. Elles contribuent également à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 « Rallumer l'espoir ».

## Rédaction principale

Medjine Léonard, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

## Consultation

Caroline Boudreau, Direction des services aux aînés et aux proches aidants, MSSS

Charlène Joyal, Direction des services aux aînés et aux proches aidants, MSSS

Nathalie Tremblay, Direction des services aux aînés et aux proches aidants, MSSS

## Direction artistique et design graphique

ouiflo.ca : Noémie Ledoux et Marie-Anne C. Duplessis

**Les fiches « Prévenir le suicide - besoins et réalités de groupes spécifiques » présentent une synthèse de l'information sur les besoins et les réalités de groupes spécifiques en matière de prévention du suicide.**

Elles s'ajoutent aux différents outils et formations développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses mandataires pour favoriser la prévention du suicide au Québec. Les professionnels et intervenants sont d'ailleurs encouragés à suivre la formation « *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger* »\* pour organiser leurs interventions en fonction d'un processus clinique structurant en prévention du suicide.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie annuellement des données sur les comportements suicidaires au Québec. Elles sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/sujets/suicide>. Les différents acteurs en prévention du suicide sont invités à s'y référer.

Il est à noter que la présente fiche ne se substitue pas au jugement clinique des intervenants. Ce jugement doit s'exercer au moment de recourir aux pratiques présentées dans cette fiche, et ce, dans l'optique d'en arriver à une prise de décision éclairée pour intervenir auprès d'une personne qui pense au suicide ainsi qu'auprès de son entourage.

\* La formation est accessible via l'Environnement numérique d'apprentissage pour les intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et via la plateforme FCP-Partenaires pour les intervenants des organismes et partenaires.

## Bibliographie

1. Chang, Q., Chan, C.H. et Yip, P.S. (2017). A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science & Medicine*.191. 65-76.
2. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. (2007). *Working With the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services*. [https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/MHA\\_WorkingWithSuicidalClient.pdf](https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/MHA_WorkingWithSuicidalClient.pdf)
3. Fäassberg, M.M., Cheung, G., Canetto, S.S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., ...Wærn, M. (2016). A Systematic Review of Physical Illness, Functional Disability, and Suicidal Behaviour Among Older Adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166-194.
4. de Sousa, G. S., Perrelli, J.G.A. et Botelho, E.S.(2018) Nursing diagnosis for Risk of Suicide in elderly: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 39.1-9.
5. de Souza Minayo, M. C. et Cavalcante, F. G. (2015). Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(6):1751-1762
6. Santos, J., Martins, S., Azevedo, L. F. et L. Fernandes. (2020). Pain as a risk factor for suicidal behavior in older adults: A systematic Review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87(10400).
7. Levesque, P., Pelletier, É. et Perron, P. A. (2019). Le suicide au Québec : 1981 à 2016 — Mise à jour 2019. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 25 pages.
8. Deuter, Kl., Procter, N., Evans, D. et Jaworski, K. (2016). Suicide in older people: Revisioning new approaches. *International Journal of Mental Health Nursing*. 25(2). 144-150.
9. Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : Faire ensemble et autrement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-18W.pdf>
10. Gustavson, K. A., Alexopoulos, G.S., Niu, G.C., McCulloch, C., Meade, T. et Areán, P.A. (2016). Problem-Solving Therapy Reduces Suicidal Ideation In Depressed Older Adults with Executive Dysfunction. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 24(1). 11-17.
11. Grossberg, G. T., Beck, D. et Zaidi S. N. Y. (2017). Rapid Depression Assessment in Geriatric Patients. *Clinics in Geriatric Medicine*. 33, 383-391.
12. Choi, N.G., DiNitto, D.M., Marti, C.N. et Kaplan, M.S. (2017). Older Suicide Decedents: Intent Disclosure, Mental and Physical Health, and Suicide Means. *American Journal of Preventive Medicine*. 53(6). 772-780.
13. Heisel, M. J., Talbot, N. L., King, D. A., Tu, X. M. et Duberstein, P. R. (2015). Adapting Interpersonal Psychotherapy for Older Adults at Risk for Suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 23(1). 87-98.
14. Fondation Émergence. (2018). *Assurer la bienveillance des personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans. Guide d'information*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. [https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3416275?docref=z2K-YUIH--zWxm\\_vAPewUzw](https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3416275?docref=z2K-YUIH--zWxm_vAPewUzw)
15. Henri, G. (2021). Le suicide. Dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. (3e éd., p. 199-214). ERPI.