



Décembre 2011

7 CAHIER

Quand la question du suicide concerne les aînés

Actes de la Table ronde organisée à l'initiative des Ministres
de l'Action sociale, de la Santé et de l'Égalité des Chances de Wallonie,
de la Fédération Wallonie-Bruxelles
et de la Commission communautaire française

Namur, le 7 février 2011



O U V E R T U R E

OUVERTURE DE LA SÉANCE

Bernard JACOB

Président de la Commission wallonne de l'Action sociale et de la Santé

Mesdames les Ministres,
Mesdames et Messieurs les Députés,
Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue dans cet endroit prestigieux qu'est le Parlement wallon, à l'occasion de la table ronde « Suicide des personnes âgées ».

Cette matinée est co-organisée par la Wallonie, la Communauté française¹ et la Commission communautaire française.

Nous le savons, la question du suicide est une priorité !

Il existe, par rapport au suicide, toute une série d'idées reçues quant à la vulnérabilité particulière de certains groupes de personnes. S'il est vrai que la problématique du suicide est plus présente dans certaines catégories d'âge, elle touche toutefois toutes les catégories de la population, toutes classes sociales confondues.

Ce matin, nous nous intéresserons au public cible des personnes âgées.

Cette matinée est importante : nous écouterons des experts en la matière, nous proposerons des recommandations. Ces recommandations sont provisoires. Elles sont le fruit de groupes de travail. Elles concernent les médias, la formation, la concertation.

Mais, avant tout, je souhaiterais passer la parole à Madame Eliane Tillieux, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances en Wallonie. Madame la Ministre, je vous en prie...

¹ Dénommée depuis avril 2011 : Fédération Wallonie-Bruxelles (note de l'éditeur).



LA QUESTION LA QUESTION DU SUICIDE CHEZ LES AÎNÉS

Eliane TILLIEUX

*Ministre de la Santé, de l'Action sociale
et de l'Égalité des Chances en Wallonie*

Madame la Ministre,
Chère Collègue,
Mesdames et Messieurs les Députés,
Mesdames, Messieurs,
En vos titres et qualités,

Permettez-moi, tout d'abord, de vous souhaiter la bienvenue et de vous exprimer le plaisir qui est le mien de vous accueillir ce matin.

D'abord, parce que c'est au sein du Parlement wallon, que nous avons choisi d'échanger à propos de cette thématique qui lie indéniablement l'ensemble des acteurs issus de deux secteurs, celui des personnes âgées et celui de la santé mentale.

Et j'ai toujours pensé, lorsque j'étais Députée, que le Parlement se devait d'être, outre le lieu de l'élaboration des normes et de contrôle de l'Exécutif, un lieu démocratique par excellence, c'est-à-dire un lieu de débats, de réflexions, de mise en perspective des grandes questions de société.

Je n'ai pas changé d'avis aujourd'hui en tant que Ministre !

C'est aussi le lieu idéal pour que se confrontent les points de vue, comme un confluent emblématique et central entre les opinions, dans un équilibre et un respect qu'une capitale peut et doit incarner !

D'ores et déjà, je tiens donc à souligner le succès que l'organisation de cet événement a remporté, puisque nous avons même été contraints de refuser un nombre important d'inscriptions.

Soyez assurés, tout d'abord, que les résultats des travaux seront communiqués ultérieurement.

L'intérêt que vous accordez au sujet me touche particulièrement.

Et le moment choisi ne relève pas du hasard de calendrier ! En effet, le 5 février était consacré à la Journée francophone de lutte contre le suicide ; ce lundi constitue donc une journée symbolique.



Comme point de départ, je voudrais insister sur le fait que le suicide ne fait pas partie d'un processus « normal » lié au vieillissement et que, par conséquent, il faut être à l'écoute des aînés pour prévenir de telles tragédies. C'est bien là, le cœur de notre débat.

En ma qualité de Ministre wallonne de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances, il m'appartient de préciser que la Déclaration de Politique Régionale considère la thématique du suicide comme centrale et, à ce titre, prône l'idée d'une nécessaire collaboration avec la Communauté française. La finalité n'est autre que celle de rompre le silence et de renforcer la prévention de façon efficace. Les propositions phares sont, notamment, celles :

- De mener une réflexion globale quant à la thématique - c'est ce que nous sommes amenés à réaliser aujourd'hui et c'est aussi la tâche du groupe de travail mis en place depuis fin 2010 ;
- De renforcer les dispositifs d'accueil et d'écoute ;
- De former les intervenants au repérage des situations de crise ;
- De développer des relations structurelles entre les différents secteurs ;
- De renforcer les équipes capables d'intervenir en soutien après suicide.

Je me réjouis de cette collaboration déjà fructueuse avec la Communauté française et la Commission communautaire française, partenaires de cette organisation et je les remercie vivement.

Rencontrer au mieux les besoins, les attentes et les demandes révélés par les bénéficiaires constitue la préoccupation centrale.

On le sait, le nombre de suicides chez les personnes âgées est préoccupant. Les aînés sont deux fois plus nombreux que les jeunes à mettre fin à leur vie de façon intentionnelle. C'est donc bien un enjeu majeur en santé publique.

Or, chacun sait que les aînés constituent un groupe humain extrêmement important pour notre société. Ils sont sans doute une nouvelle clef du sens que nous donnons à l'humanité dans ce qu'elle a de transgénérationnel.

La présence de plus en plus de seniors est une richesse et une opportunité d'évolution pour notre société, une occasion sans précédent de réfléchir à nos choix de société et de les articuler, afin que toutes les générations s'y retrouvent et puissent s'y sentir bien, les aînés y compris.

Contrairement à ce que véhiculent certaines idées reçues, la retraite ne correspond nullement à l'inactivité. Les seniors sont présents dans tous les domaines de notre société : éducation, santé, culture, vie associative, activités domestiques. Ils



bénéficient d'une expérience unique et sont, en ce sens, une source incontournable de transmission d'apprentissage et de conseils pour les plus jeunes. Les personnes âgées jouent, nous le savons confusément, un rôle important au sein de la société. Mémoire, transmission, modération : ils contrecarrent la dictature de l'immédiat, ils font régner une certaine sagesse, une autre temporalité, une certaine attention à l'Autre.

La politique en faveur des aînés que je développe et que j'entends développer durant cette législature repose sur un socle de valeurs fondamentales. Afin de mener une politique globale cohérente, j'ai décliné ma politique en faveur des aînés en 4 axes de travail complémentaires et 16 objectifs opérationnels qui se traduisent en différentes actions spécifiques à développer ou à intensifier :

1. Le premier axe vise à mettre en place un cadre adéquat favorisant l'intégration des aînés dans notre société ;
2. Le deuxième axe vise à rencontrer le désir de la majorité des personnes de pouvoir vivre chez elles le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions possibles. Il s'agit dès lors, lorsque l'autonomie des personnes commence à diminuer, en raison de difficultés ponctuelles ou irréversibles, de mettre à leur disposition une offre de soins et d'aides à domicile variée, accessible et de qualité ;
3. Lorsque le niveau d'autonomie devient de plus en plus fragile, rencontrant les limites du maintien à domicile, il convient alors, et c'est l'objet du troisième axe, de proposer une gamme diversifiée de solutions de qualité en matière d'accueil et d'hébergement ;
4. Le quatrième axe est consacré aux actions ciblées à mener à l'égard de pathologies ou de difficultés liées à l'avancée en âge, telles que la maladie d'Alzheimer et autres pathologies apparentées, le phénomène de dénutrition ou la maltraitance des personnes âgées. Ces actions spécifiques devront en toute logique s'inscrire en transversalité des trois premiers axes.

Différents travaux sont en cours de réalisation, différents projets sont lancés.

Si je reviens au sujet du jour, force est de constater que les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées sont souvent ignorés, notamment en raison d'une relative méconnaissance de la psychopathologie du sujet âgé et/ou d'un manque de reconnaissance de la causalité psychologique de leur problème. En effet, les seniors se heurtent à des événements stressants, tels que la modification des rôles sociaux, les maladies chroniques, le deuil, etc. Ceux-ci sont suscep-



tibles de précipiter, maintenir ou aggraver des problèmes de santé mentale. De telles perturbations peuvent avoir un impact sur la qualité de vie des individus et sur celle de leur entourage.

Spécifiquement, les grandes questions de santé mentale auxquelles sont principalement confrontés les seniors sont les suivantes :

- L'isolement ;
- Les troubles anxieux ;
- Les troubles dépressifs ;
- Les troubles chroniques ;
- Les troubles du sommeil ;
- Les abus ou les dépendances à l'alcool ;
- Les pathologies neurodégénératives telles la maladie d'Alzheimer ;
- La confusion.

Ces différents troubles sont, parfois, des facteurs conduisant au suicide.

Concrètement, les services de santé mentale ont, initialement, été créés pour répondre aux problématiques de santé mentale d'enfants, d'adolescents et puis d'adultes. Les consultations qui s'adressent aux personnes âgées sont plus rares.

Bien plus que les dispositifs généraux comme les Centres de Télé-Accueil, la Wallonie, depuis 2003 soutient des initiatives spécifiques qui présentent un caractère novateur. « ANA » (Avec Nos Aînés), service situé à Namur, en est une preuve vivante. La Province du Brabant wallon bénéficie aussi d'un dispositif similaire. Ces initiatives, je ne vous apprendrai rien, ont développé des actions de première et seconde ligne. Ces actions ont parfois lieu au domicile ou en institution. Elles sont évidemment intégrées au réseau et peuvent jouer un rôle d'interface entre les établissements résidentiels et les soins à domicile notamment. Ces initiatives, je les soutiens, parce qu'elles constituent un début de réponse adaptée aux réalités du public qui nous mobilise aujourd'hui.

Celles-ci sont d'emblée renforcées par la mise en œuvre du décret relatif à la santé mentale nouvellement entré en vigueur (1^{er} janvier 2010).

Celui-ci prévoit, en outre, la reconnaissance de centres de référence spécifiques dont l'un sera voué à la question du suicide, en raison du caractère prioritaire de la question.

En dehors de ces initiatives spécifiques, je tiens à souligner que de plus en plus de services de santé mentale se rendent plus accessibles aux seniors. Certains



thérapeutes se déplacent au domicile, certains professionnels bénéficient d'une formation centrée sur les spécificités du public âgé.

Ces synergies concernent et doivent concerner tout autant le secteur extramuros (médecins généralistes et soins à domicile par exemple), le secteur transmuros (Centre d'Accueil de Jour à titre d'exemple) et le secteur intramuros (MR/MRS). Certes, si le secteur de la santé mentale reste encore trop peu associé au réseau gérontologique, plusieurs initiatives témoignent d'un changement positif et il me plaît de le rappeler.

Il convient aussi de citer le Plan wallon en faveur des soins palliatifs, qui a permis de dégager des moyens sur tout le territoire pour permettre à des psychologues d'accompagner ces deuils survenant après un décès. Ainsi, en prolongement de certaines actions entreprises dans ce plan, une initiative de la plate-forme des soins palliatifs soutient la démarche qualité dans les institutions d'hébergement pour personnes âgées en soins palliatifs. Elle l'a intitulée : « Les 6 étoiles vers la qualité ». Cette dynamique participe à la définition et à la mise en œuvre de la « charte qualité » qui concerne le bien-être des personnes âgées dans tous ses aspects, en s'attachant à soutenir le personnel également. Toutes ces actions poursuivent un objectif général de prévention et portent un regard sur la dépression et le suicide.

Par ailleurs, la Région wallonne soutient également l'initiative de l'ASBL « Un pass dans l'impasse » et ce, dans le cadre d'une convention d'une durée de trois ans qui a débuté en 2009. Cette association offre un lieu d'écoute aux personnes directement ou indirectement confrontées à la problématique du suicide, quel que soit leur âge.

Celle-ci vient d'être associée à l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS - Liège) pour encadrer une recherche relative au rôle des facteurs sociocognitifs et de la recherche d'aide sur l'incidence du suicide en Région wallonne. Les conclusions de cette recherche seront primordiales par rapport à l'évolution de l'offre wallonne et à l'organisation de la réponse aux besoins de la population.

Je ne doute pas que la rencontre d'aujourd'hui, lorsque nous en ferons le bilan, participera à ce mouvement de réflexion et d'échanges sur les actions menées, afin d'optimiser notre politique et in fine, d'améliorer encore la qualité de vie du citoyen.



A présent, il me reste à remercier nos partenaires, les parlementaires, les administrations, les membres du groupe de travail qui ont jeté les bases de la réflexion, les professionnels de la santé qui s'investissent au quotidien, qu'ils viennent de Wavre ou d'Arlon, de Tournai ou de Moresnet, de partout en Wallonie ou de Bruxelles, bref tous ceux qui ont voulu être présents pour participer à cette rencontre et l'enrichir.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite une excellente journée !



LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Fadila LAANAN

*Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé
et de l'Égalité des Chances en Communauté française*

Madame la Ministre,
Chère Collègue,
Mesdames et Messieurs les Députés,
Mesdames, Messieurs,
En vos titres et qualités,

Avant d'en venir au sujet qui nous réunit, je voudrais tout d'abord remercier ma Collègue Eliane Tillieux et le Parlement wallon de nous accueillir dans ses locaux, pour cette thématique sensible qu'est la prévention du suicide chez les personnes âgées.

Je souhaite également remercier les experts qui se sont investis dans un travail préparatoire.

Pour moi, cette table ronde s'inscrit dans la continuité de la consultation initiée en Communauté française, et qui a abouti à l'organisation le 22 octobre 2010 d'une table ronde sur la prévention du suicide chez les jeunes, rassemblant des acteurs des services de promotion de la santé, de l'enseignement, de l'aide à la jeunesse, des maisons de jeunes et j'en passe.

Suite à cette table ronde, aux recommandations effectuées par le groupe d'experts, aux réponses aux questionnaires que j'ai reçues, à la consultation du terrain qui va s'étendre sur ce semestre, je serai en mesure de proposer des actions concrètes.

Ces actions seront bien entendu mises en place avec mes collègues Marie-Dominique Simonet et Evelyne Huytebroeck, dont les compétences en matière



d'Enseignement, de Jeunesse et d'Aide à la Jeunesse sont indispensables à une politique de prévention concertée et efficace.

Force est de constater que le suicide chez les personnes âgées est encore un sujet tabou.

Dans l'univers de la vieillesse, les raisons qui conduisent une personne âgée au suicide sont multiples et personnelles.

La difficulté dans la prévention du suicide chez les personnes âgées, c'est que les signes de dépression sont souvent masqués ou considérés comme normaux, liés à la vieillesse.

Même la famille a tendance à considérer les signes de dépression comme la précipitation d'une fin, de toute façon inéluctable.

La souffrance de l'être est souvent occultée. Or, quel que soit l'âge, toute tentative de suicide est une tentative pour ne plus souffrir.

La Communauté française est attentive à la prévention du suicide chez les jeunes mais aussi chez les aînés, préoccupation qui est notamment inscrite dans sa Déclaration de politique communautaire 2009-2014.

Dans cette dernière, le Gouvernement de la Communauté française insiste particulièrement sur la réflexion à mener sur le mal-être conduisant au suicide ; sur la formation des intervenants auprès des jeunes et des aînés ; ainsi que sur le développement de relations structurelles entre les différents acteurs.

Elle prévoit aussi qu'une attention particulière devra être consacrée aux personnes âgées et à leur santé.

Le Gouvernement de la Communauté française préconise de développer une approche spécifique pour la prise en charge des personnes âgées malades. La politique de santé doit comporter un volet de prévention des risques de santé susceptibles de porter atteinte à leur autonomie. Ces mesures pourront avoir un impact positif sur les causes de suicide de la personne âgée.

Au cours de la législature, j'ai l'intention de mener des actions allant dans ce sens.



Le suicide est un phénomène complexe et polymorphe qui a attiré l'attention, au cours des siècles, de nombreuses disciplines : des philosophes, des sociologues, des psychiatres, des théologiens.

Je n'ai donc pas la prétention de réinventer la roue en matière de prévention du suicide. Plusieurs spécialistes en Communauté française s'y sont attelés bien avant moi, que cela soit au niveau local ou à un niveau plus large. Des documents de référence comprenant des pistes d'action existent et j'estime qu'il faut s'appuyer sur ces travaux, sur l'expérience des professionnels. Et, bien sûr, qu'il faut s'assurer que les actions qui seront menées répondront adéquatement aux besoins des personnes concernées.

Parmi les travaux qui ont été effectués, je souhaite souligner le remarquable rapport introductif de 2008 sur la prévention du suicide en Communauté française de Belgique rendu par le Parlement de la Communauté française. Il initiait une réflexion sur les mesures à renforcer et les éventuelles mesures novatrices à mettre en œuvre dans le champ des compétences de la Communauté française, en collaboration avec les autres niveaux de pouvoir.

L'objet de l'action des professionnels actifs dans la prévention du suicide se situe en effet au carrefour de multiples questionnements éthiques et philosophiques.

Le phénomène suicidaire ne se limite pas à l'acte mortel. C'est un processus lent qui comprend le passage d'un état de bien-être à un état de mal-être dû à l'incapacité de faire face. La littérature décrit plusieurs étapes : des idéations suicidaires, des intentions suicidaires, ainsi que des comportements suicidaires indirects et des tentatives de suicide qui aboutiront à un comportement suicidaire fatal ou non fatal.

Il en va de même pour la prévention du suicide, qui doit agir à ces différentes étapes de ce processus.

Vous l'aurez compris, mettre en œuvre des mesures de prévention du suicide est complexe. Les actions doivent être réfléchies et nous devons nous assurer qu'elles ne généreront pas d'effets contre-productifs.

Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas agir. En tant que Ministre de la Santé, je souhaite contribuer activement, pendant cette législature, à l'amélioration de la prévention du suicide.



La particularité de la table ronde d'aujourd'hui est qu'elle est co-organisée par trois niveaux de pouvoir et que quatre Ministres y participent.

Je me réjouis que nous soyons parvenus à organiser cette table ronde tous ensemble à une date symbolique de surcroît puisque samedi dernier, se tenait la journée francophone de lutte contre le suicide.

Cette initiative témoigne d'une volonté collective d'avancer dans une même direction.

De même que vous voir aussi nombreux constitue un encouragement pour chacun de nous.

Cette large implication m'incite encore davantage à avancer dans cette importante réflexion commune sur le thème du suicide qui constitue une problématique prioritaire de santé publique.

* * *

Je m'en voudrais d'empiéter davantage sur le temps de parole des experts qui vont nous faire partager leur connaissance de ces questions.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite des travaux fructueux.



L'ENVIE DE VIVRE DE LA VIE À L'ENVIE DE VIVRE

**Produire de la qualité de vie en maison de repos,
comme ailleurs..., ça ne s'improvise pas.**

Anne JAUMOTTE

Sociologue, Chargée de projets à l'UCP, Mouvement social des aînés, Membre de la Commission wallonne des aînés

Emilie BERT

Aînée de l'UCP, Mouvement social des aînés

De la vie à l'envie de vivre...

Donner du sens

Le sujet qui nous rassemble aujourd'hui va nous montrer la distance pour ne pas dire la distorsion qui peut exister entre la réalité d'être en vie, comme nous le sommes chacun ici, aujourd'hui, maintenant, et le fait d'envisager cette vie à travers la réalisation de projets, d'aspirations qui font naître l'envie de vivre en animant le quotidien, en lui donnant du sens.

Moins le chemin qui relie la vie à l'envie de vie est praticable dirons-nous, plus celui-ci est perçu comme étant difficile, hasardeux, incertain, insatisfaisant et même insécurisant. Cela entraîne une difficulté à articuler et harmoniser notre existence de même qu'à aplanir ces contradictions et paradoxes que nous rencontrons tous. Par conséquent, nous nous reconnaissons moins dans ce qui survient, nous arrive et nous touche. Dans ces conditions, donner du sens à nos vies tout simplement peut devenir difficile voire impossible.

Une certaine idée du bonheur

Chacun à une idée vague ou précise du **bonheur**, certains l'ont rencontré plus souvent que d'autres. Ces expériences importantes, indispensables, aident à nous construire au jour le jour. Ces moments forment un capital amassé, com-



posé de souvenirs dans lesquels nous prendrons plaisir à plonger. Ils constituent essentiellement une réserve précieuse d'ancrages positifs en cas de coups durs. Ils rassurent aussi, permettent de relativiser comme ils peuvent aussi nous rendre exigeants, nous poussant à mettre la barre trop haut.

Les impressions de bonheur empreintes de subjectivité sont fonction de ce que nous sommes, de ce à quoi nous aspirons, de notre histoire personnelle aussi, de nos vies : conjugale, familiale, professionnelle, relationnelle, sociale... pour n'en citer que quelques-unes. Le cumul de ces différents temps de vies qui se complètent, s'enrichit en fonction de l'âge, de nos expériences. Tout devrait donc aller pour le mieux au gré du temps qui passe.

C'est loin d'être le cas. Pourquoi ?

La part de la société

Entre autres, parce que **la société** qui est la nôtre joue avec l'idée du bonheur. Tout est mis en œuvre pour faire miroiter une multitude d'images, de situations comme étant le bonheur à atteindre. Un bonheur à vivre, que l'on nous vend pour être consommé tout de suite et en permanence, si nous le voulons (bien entendu). Cet état de bonheur serait une question de volonté. Et plus nous sommes jeunes, plus nous aurions de chances de croiser et de vivre ces instants de bonheur(s) très souvent exclusivement matériels ! Et l'on a envie d'y croire. Mais ces croyances sont-elles réalistes ? Moins nous correspondons aux critères de jeunesse presque éternelle, de beauté, de vitalité, de performance et plus nous nous sentons en décalage par rapport à des attentes qui comportent bien plus que ce bonheur-là. L'idée de chasse au bonheur permanent se construit et est renforcée à coups de valeurs, de croyances, de représentations, d'idées largement partagées comme s'il s'agissait de vérités. Ces duperies ne marchent plus pour tout le monde. Arrivés à un âge certain, nous retournons à l'essentiel, sans tricherie, avec davantage d'authenticité. La conscience du décalage peut alors être grande et destructrice, la réalité bien difficile à regarder en face. Les nouvelles réalités avec lesquelles il nous faut composer au fur et à mesure que les années passent, ne sont pas, pour tous, les compagnons de vie auxquels nous nous attendions. La publicité tapageuse nous cible de moins en moins souvent. Les vieux sont oubliés, cantonnés dans la maladie, le handicap, le grand âge. Un avenir peu tentant s'annonce, contredit par la vie d'avant et les promesses de bonheur immédiat tant vantées. L'âge devient non plus un atout, gage d'épanouissement, d'autonomie, de liberté, mais un handicap symbolisé



par une image corporelle encombrante et difficile à encaisser, dans laquelle nous ne nous reconnaissons pas. Une image que les proches ont du mal à accepter. « *Mon dieu, il a pris un sacré coup de vieux* » ou encore « *J'ai eu peine à la reconnaître* » ou à l'extrême : « *Je ne l'avais pas reconnu* ».

Les modalités du vivre ensemble

Nous n'avons jamais vécu aussi longtemps et en bonne santé. Nous n'avons jamais été autant de générations à vivre en même temps. La famille, les familles ont profondément changé. Les **modes du vivre ensemble** et ses codes se sont transformés.

Deux exemples : la présence croissante des ménages à une personne (un ménage sur 3 à Bruxelles est composé d'une seule personne). A un moment donné de leur vie, les personnes vivent seules plus ou moins longtemps et ces périodes de vie en solo vont surgir lors de la perte d'un emploi, le décès du conjoint, une rupture, la vieillesse... Les femmes âgées vivant seules et dans une situation précaire sont légion surtout après 75 ans.

D'un autre côté, les familles se composent, se recomposent et fabriquent un nouveau type de grand-parentalité. Les petits-enfants se multiplient, des progénitures croisent la vie d'aînés parfois peu de temps. On se retrouve arrière-grands-parents parmi d'autres grands-parents que l'on ne connaît pas nécessairement ou pas assez. Il devient dès lors compliqué voire impossible de tisser des liens suffisants avec ses petits-enfants pour que ces liens perdurent malgré les séparations.

Nous vivons plus longtemps

Vivre plus longtemps signifie une vie plus longue, plus d'années auxquelles il faut apprendre à donner **du sens et de la qualité** pour que nous ayons envie de les vivre pleinement. Les bouleversements démographiques qui sont les nôtres annoncent des réalités que nous ne connaissons pas encore totalement, que nous découvrons depuis peu et que nous devons apprendre à gérer déjà aujourd'hui. Accompagner un proche dépendant en 1950 lorsque l'espérance de vie était de 65 ans, cela signifiait un accompagnement assez bref dans le temps. Aujourd'hui, une femme peut espérer vivre en moyenne jusqu'à 84 ans. Cela présage un accompagnement qui peut être plus long et épuisant pour les aidants proches, ou au contraire être court mais plus difficile encore à vivre et à supporter pour les proches qui eux aussi vieillissent.



Nous vivons dans une société en transformations perpétuelles et structurelles. Dans cette perspective très brièvement balayée, il n'est pas difficile d'imaginer que vieillir est une tâche rude et que se sentir en décalage peut en fragiliser plus d'un.

Produire de la qualité de vie...

De quoi parle-t-on ?

Produire de la qualité de vie, du bien-être, de l'envie de vie... Cela signifie, mettre tout en œuvre pour connaître la personne (ou le groupe de personnes) que l'on cible, ici, les adultes âgés. C'est également **donner du sens** à ce qui est tenté avec et pour eux. Cela peut relever du défi véritable. Il est essentiel pour accomplir cette tâche de reconnaître et travailler au niveau des attentes et des besoins des aînés, donc, de **ce qui fait sens** pour eux, en acceptant de s'inscrire dans un processus en questionnement permanent.

1. Connaître les personnes âgées d'aujourd'hui et les considérer comme des adultes âgés qui se réalisent encore dans des projets quel que soit leur état de santé physique ou mental. Soutenir les attitudes qui ne piétinent pas leur dignité.

Nous avons à rajeunir et dépoussiérer nos connaissances des vieillissements.

Il n'y a plus une personne âgée mais des groupes de personnes âgées aux attentes et besoins différenciés. L'apparition de maladies dégénératives et le vieillissement des personnes en situation de handicap nécessitent aussi un **accompagnement adapté**. Les adultes âgés ont une expérience de vie, des vies derrière eux qui ont fait ce qu'ils sont aujourd'hui. Personne ne vient de nulle part. La prise en considération et le sens que l'on donne à ce précieux matériau détermineront la qualité du travail qui sera produit avec et pour la personne à accompagner.

La bonne volonté ne suffit pas. Bienveillance et compétences doivent être couplées. Rester sujet à part entière et non pas seulement objet de soins.

Les personnes âgées demandent à être « cadrées » mais pas encadrées. Cela pose la question du sens que l'on donne aux actions que l'on pose avec elles, pour elles. Un projet thérapeutique, un projet de vie institutionnel (MR/MRS) doit tenir compte de l'histoire globale du résident pour construire avec lui des projets et laisser une place à chacun. Construire un trajet de soins, accueillir une personne âgée dans une consultation, c'est prendre en considération ces différents paramètres si l'on souhaite réellement entendre et écouter le patient, le client qui est en face de soi.



2. Changements, ruptures, deuils et réappropriations

La personne âgée doit avoir la possibilité, le droit de faire ses deuils et d'être accompagnée dans ceux-ci : deuil de son conjoint, de la perte d'enfants âgés, deuil de ce qu'elle a été au niveau de son autonomie, de la gestion de son domicile, de son réseau social qui s'étiolent... Ne pas confondre changements et nouveautés !

3. Faire du domicile/de la maison de retraite de véritables lieux de vies

Laisser les portes grandes ouvertes sur l'environnement en faisant entrer les extérieurs pour une activité, une visite, une animation, une répétition de chorale, une séance de gymnastique douce, tout en veillant à la place des volontaires qui donnent de leur temps. Susciter les rencontres intergénérationnelles réelles, durables (aménagement d'une aire de jeux, de repos, dans la maison de retraite, pour les petits et arrière-petits-enfants ; disposer de salles pour retrouver les siens, partager un repas avec eux) mais aussi avoir la possibilité de s'attacher à des compagnons multiples comme un chat, un chien, un perroquet ; penser aussi l'architecture comme un cadre qui vit, accueille, ...). Bref, impliquer les 5 sens des résidents dans leur quotidien et celui de leurs proches et accompagnateurs.

4. Dans une politique de bientraitance et de qualité de vies, repenser la place qu'occupent les aînés, celle que nous leur laissons...

Adapter, innover, créer, produire de la qualité est un processus permanent. On ne décrète pas la qualité ; elle est produite au travers de postures à questionner en permanence et à adapter aux personnes à accompagner. Cette qualité de vie doit s'inscrire dans des dispositifs politiques et de services qui ouvrent des perspectives novatrices et sont respectueux de chacun, aînés comme accompagnateurs professionnels et aidants proches.

La qualité de vie et le bien-être sont à ce prix !

Bien sûr que la qualité de vies (vie personnelle, familiale, conjugale, professionnelle, citoyenne, affective, sexuelle, ...) a un prix mais la non-qualité de vies aussi, et l'addition peut être salée. Nous payons souvent un prix fort qu'il serait temps d'estimer correctement.

Témoignage

Emilie, dans sa quatre-vingtième année, témoigne de trois sujets importants pour elle. Trois thèmes tirés de dizaines de pages de notes consignées soigneusement.



1. Relations aux temps

Le sentiment **d'une vie bien remplie et accomplie** dans laquelle les échéances à moyen et long terme ne lui parlent plus trop. Être informée que tel pont sera opérationnel en 2020 lui rappelle qu'elle a beaucoup de chance de ne pas le voir fini. Elle n'en est pas attristée, ça ne **l'intéresse plus, c'est hors de sa portée, de sa visée** alors qu'il y a 5 ans de cela, elle y aurait prêté plus d'attention.

Son **rythme** s'est ralenti au fil des ans, elle en a conscience et parfois en souffre car cette lenteur prend le pas sur son agenda et ses activités manquent peu à peu de temps pour aboutir ou se concrétiser. Elle doit se restreindre et elle n'aime pas cela ! Le temps compte de plus en plus et elle doit compter avec lui. Prendre deux heures pour faire les courses alors qu'avant une suffisait impose que d'autres tâches soient sacrifiées et, cela, c'est dur. Renoncer à certaines choses est pénible alors que l'énergie et la vivacité sont toujours présentes.

2. Santé, bien-être, des préoccupations changeantes

La santé est un baromètre qui détermine beaucoup d'aspects de sa vie de tous les jours. Il y a donc les jours avec arthrose et les jours sans et cela fait une sacrée différence sur le moral, les déplacements, la mobilité et même dans la maison et dans ses relations, tout comme la communication avec les autres si importante pour son équilibre. Elle marche encore bien, très bien même et rencontre beaucoup de gens grâce à l'UCP, mouvement dans lequel elle s'investit depuis des années. Une part de son réseau social s'y trouve. Elle s'amuse, échange, revendique, discute ferme, bec et ongles. C'est l'occasion d'entretenir des questions sur un tas de sujets qui la concerne, elle et les aînés en général. Elle donne de son temps presque sans compter aussi à ceux qui sont moins bien lotis qu'elle.

3. Les petits et grands bonheurs d'Emilie

- La visite des enfants quand ils ne sont pas pressés...
- Les liens tissés avec les petits-enfants le mercredi, en blocus, pendant les vacances...
- Saint-Jacques de Compostelle, elle n'ira plus jusque-là mais son album de photos la fait voyager et avec sa copine, elles échangent des tonnes de souvenirs, passent ensemble des heures au téléphone (lorsque c'est gratuit, un des avantages du grand âge) à se raconter leur vie, car elles viennent de se retrouver après de longues années de séparation.

Elle vit et se bat pour garder tout cela et rappeler qu'elle a des projets, des aspirations, une place à tenir, un rôle à jouer !



ÉPIDÉMIOLOGIE

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES SUICIDES CHEZ LES AÎNÉS²

Alain LEVEQUE

Professeur, Président de l'École de Santé publique, ULB

L'épidémiologie est la science qui étudie l'ampleur des problèmes de santé dans les populations humaines ainsi que leurs relations avec des facteurs « de risque » ou « de protection ». Les informations apportées par l'épidémiologie doivent permettre de choisir et d'orienter les interventions visant à diminuer l'importance de ces problèmes de santé. Elles doivent également permettre d'évaluer l'impact de ces interventions sur l'ampleur des problèmes.

S'intéresser « épidémiologiquement » au suicide signifie donc :

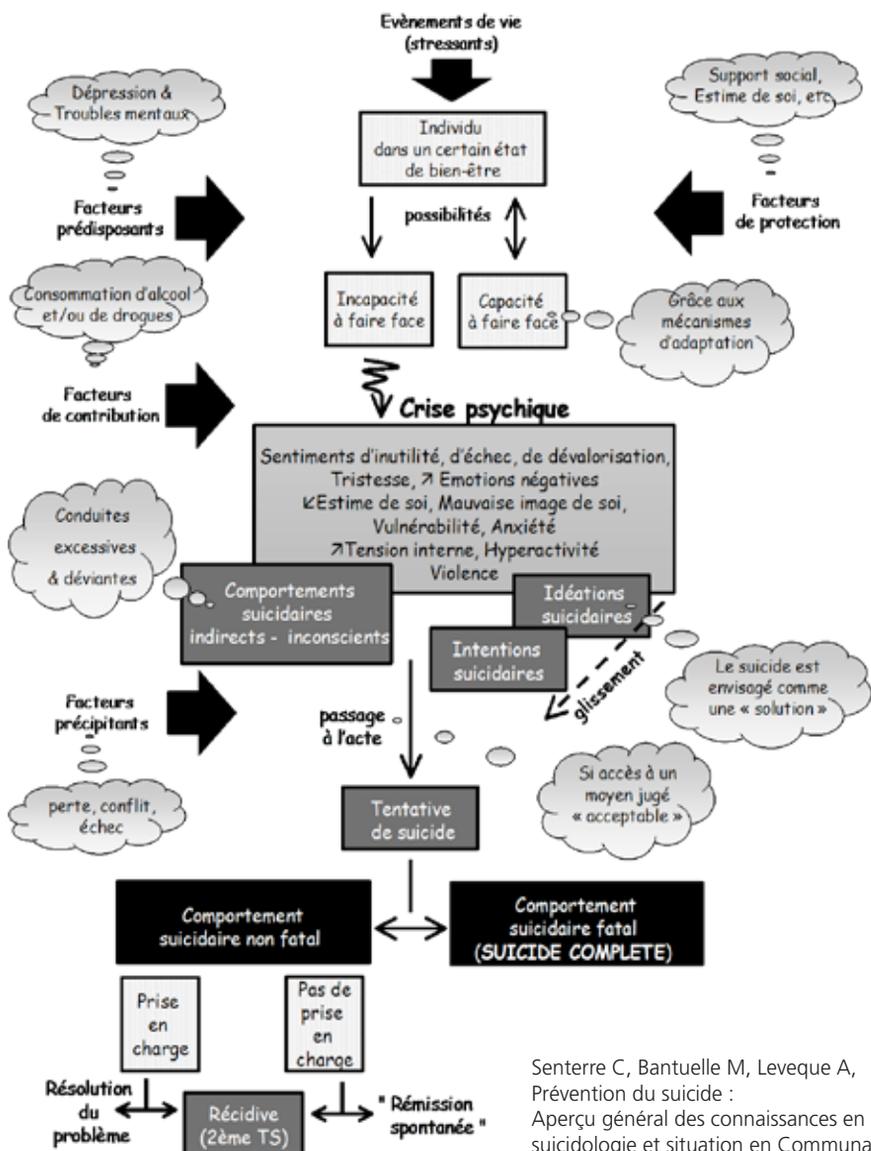
- Récolter les informations pertinentes et fiables sur le phénomène de façon à documenter la situation ;
- Apporter des connaissances sur les facteurs « de risque » et/ou « de protection » ;
- Aider aux choix politiques et stratégiques quant à la prise en charge de ce problème de santé.

Si l'on concentre son attention sur le premier aspect de cette mission, à savoir décrire et documenter le « phénomène suicidaire », on ne peut évidemment se limiter à l'acte complété, à savoir la mort de celui qui a posé le geste. Il faut envisager ce problème sous l'aspect d'un « processus / continuum » suicidaire (voir schéma page suivante). En effet, l'individu passera d'abord par une série de « phases » (plus ou moins longues et marquées selon les individus) qui sont : l'idéation suicidaire, l'intention suicidaire avant de poser l'acte du comportement suicidaire (communément appelé la tentative de suicide) qui sera fatal ou non. L'issue fatale étant le suicide abouti/complété.

² Les graphiques repris dans ce chapitre sont extraits des *Power Point* présentés en support à la présentation orale.



Modélisation du « processus / continuum » suicidaire



Senterre C, Bantuelle M, Leveque A,
 Prévention du suicide :
 Aperçu général des connaissances en
 suicidologie et situation en Communauté
 française de Belgique.
 CERESP asbl, 2006



Données sur le suicide chez les personnes âgées

Idéations suicidaires au cours de la vie

Ces données sont issues des enquêtes de santé par interview réalisées en Belgique. Sur base des données 2008, on peut observer que les idéations suicidaires sont différentes selon le sexe et l'âge.

Chez les hommes, le pourcentage de personnes ayant déjà eu des idéations suicidaires est de 3.9% entre 65-74 ans et de 4.8% au-delà de 75 ans. Ce pourcentage est inférieur à celui que l'on observe, toutes catégories d'âge confondues (9.3%). Il semble stable dans le temps (comparaison entre 2004 et 2008).

Chez les femmes, on observe une situation assez contrastée en fonction de l'âge : 14% chez les femmes de 65-74 ans et 5.5% chez les 75 et plus. Il existe donc une grande différence entre ces deux catégories d'âge ; le pourcentage observé chez les 65-74 ans est supérieur à ce que l'on observe, toutes catégories d'âge confondues (13.9%).

Tentatives de suicide au cours de la vie

Ces données sont issues des enquêtes de santé par interview réalisées en Belgique.

Entre 2 et 3% des hommes (65-74 et 75 +) et des femmes (75 +) déclarent avoir fait une tentative de suicide. Les femmes de 65-74 ans sont deux fois plus nombreuses (5.8%).

On peut observer une augmentation de ces pourcentages entre 2004 et 2008.

Concernant ces 2 points, il est important de rappeler qu'il s'agit de données auto-déclarées portant sur un sujet « sensible » ; il existe très certainement une sous-estimation de l'ampleur du problème.

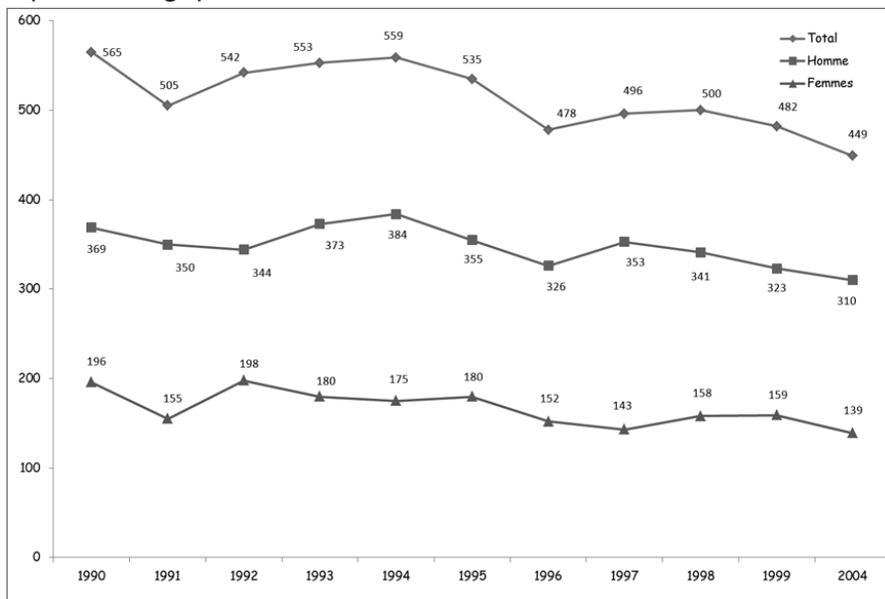
Décès par suicide

En 2004, on a enregistré 449 décès par suicide chez les personnes de 65 ans et plus, c'est-à-dire plus d'un décès par jour. Ce sont les hommes de 65 à 84 ans qui payent le plus lourd tribut (278 décès). Le nombre de décès est de 125 chez les femmes du même âge. L'évolution entre 1990 et 2004 montre une relative stabilité de ces chiffres et un maintien de la différence entre les femmes et les



hommes (voir graphique ci dessous). Comme pour le suicide chez les jeunes, on estime qu'un sous-enregistrement non négligeable existe.

Evolution du nombre absolu de décès par suicide complété chez les 65 ans et plus en Belgique



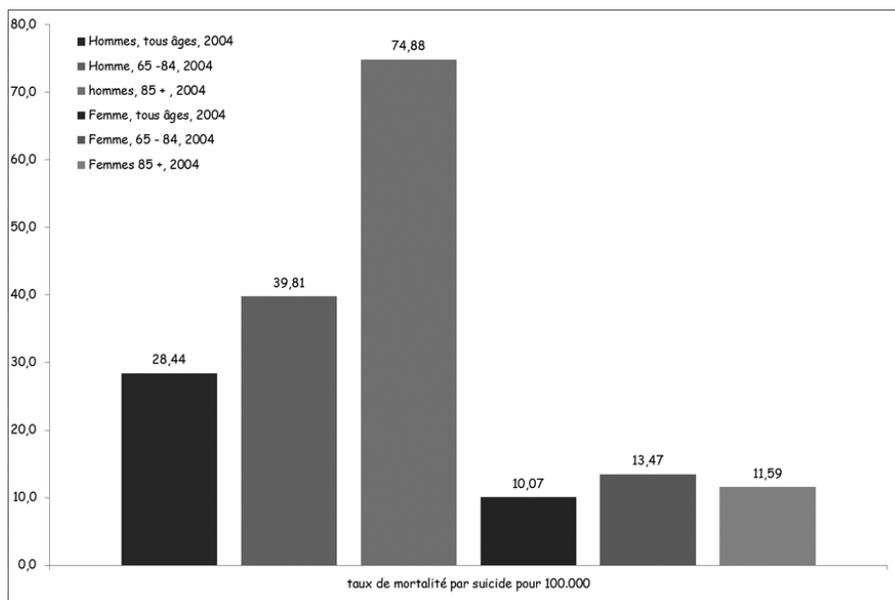
Le taux (pour 100.000) de mortalité par suicide en 2004 était (tous âges et sexes confondus) de 19.1 ; ce taux est respectivement de 24.8 chez les 65-84 ans et de 28.1 chez les personnes de 85 ans et plus. On observe des différences notables en fonction du sexe : 10.1 chez les femmes et 28.4 chez les hommes, soit un taux près de trois fois plus important. Des différences notables sont également relevées en fonction de l'âge comme le montre le graphique ci-contre avec un taux très important chez les hommes de 85 ans et plus (74.9 décès / 100.000) soit près de 7 fois le taux observé chez les femmes du même âge.

Ranking des causes de décès

Sur base des données nationales de mortalité 2004, tous âges confondus, le suicide occupe la 7ème place par ordre d'importance ; il occupe la huitième place dans le groupe d'âge spécifique des 65 à 84 ans.



Taux de mortalité –standardisé- par suicide, en Belgique (Taux pour 100.000 PA - Données 2004)



Méthodes de suicide

A travers le monde, les méthodes de suicide les plus utilisées par les aînés sont la pendaison, les armes à feu, la défenestration (dans les grandes villes), l'empoisonnement (benzodiazépines, analgésiques) et la noyade.

La qualité de ces données et leur comparabilité dans le temps et dans l'espace doit être discutée : la mortalité par exemple, pourtant peu discutable quant à l'issue, reste soumise à des sous-estimations non négligeables dès que l'on aborde la cause du décès. Les tentatives de suicide, documentées tantôt par l'auto-déclaration ou par les statistiques hospitalières, doivent également être utilisées avec prudence tant les variations observées peuvent aussi bien être imputées à des changements méthodologiques dans la récolte qu'à de réels changements dans l'ampleur du problème. Les comparaisons géographiques sont importantes car elles sont souvent un moteur de prise de conscience des autorités politiques ; elles doivent donc être réalisées et l'OMS s'y attèle d'ailleurs de façon régulière. Cependant, étant donné la complexité du phénomène étudié et la difficulté



d'obtention de bon nombre de données épidémiologiques sur le sujet, une lecture critique et attentive est évidemment nécessaire avant de se lancer dans des conclusions non pertinentes.

La comparaison dans le temps, au sein d'un même espace géographique est très intéressante car elle permet de mesurer de façon objective l'évolution du phénomène en lissant les fluctuations ponctuelles mais aussi parce qu'elle peut être un outil d'évaluation de l'impact des politiques et stratégies développées au sein de cet espace géographique. La relative stabilité des chiffres de mortalité par suicide en Belgique doit nous amener à nous interroger sur les politiques et stratégies de prévention développées dans notre pays depuis plusieurs années.

Des facteurs de risque de suicide

La maladie

Les aînés qui souffrent de dépression sont de 12 à 20 fois plus à risque de se suicider que ceux qui ne souffrent pas de ces problèmes.

Un des défis en prévention de suicide auprès des aînés vient du fait qu'il est souvent difficile d'identifier les personnes âgées à risque élevé de suicide. Les recherches indiquent que près de 40% des personnes âgées expriment leurs intentions suicidaires à leur médecin avant de passer à l'acte, et plus de 80% communiquent leurs intentions suicidaires aux amis, confidents et membres de leur famille. Cependant, ces menaces de suicide sont souvent ignorées ou peu prises au sérieux, et n'entraînent ni suivi ni traitement.

L'abus d'alcool constitue un des facteurs de risque de suicide des personnes âgées. Il semble jouer un rôle important dans environ 20 à 44% des suicides. L'alcool combiné avec la dépression, s'avère particulièrement dangereux, d'autant plus que la consommation d'alcool est souvent interprétée comme une automédication qui rend la situation plus grave au lieu de l'améliorer.

Par contre, les personnes qui souffrent de démence, par exemple de la maladie d'Alzheimer, se tuent moins souvent que celles qui ne souffrent pas de démence. Le risque de suicide se situe surtout au début de la maladie.

Même si la maladie physique est très présente chez les aînés, il semble que les personnes qui ont plus de maladies physiques sont plus à risque de suicide que



les personnes qui n'ont aucun diagnostic. Par exemple, les patients qui ont 3 maladies physiques présentent 3 fois plus de risques de suicide que les personnes n'ayant aucun diagnostic. Et les personnes qui présentent 7 maladies physiques ou plus ont approximativement 9 fois plus de risques de suicide.

Le veuvage

Les veufs sont particulièrement à risque de suicide. En effet, les recherches sur le veuvage indiquent qu'à la suite du décès du mari, l'espérance de vie de la femme augmente alors qu'après le décès d'une épouse, l'espérance de vie de l'homme diminue et le risque de suicide augmente significativement.

A peu près 50% des aînés morts par suicide vivaient seuls, ce qui démontre le rôle que joue la solitude dans le développement des pensées suicidaires.

D'autres facteurs de risque

Il y a un grand nombre de traits de personnalité en corrélation avec l'idéation et les comportements suicidaires, y compris le manque d'espoir et l'anxiété. Les autres facteurs de risque incluent les événements de vie stressants, le réseau d'appui social, la capacité fonctionnelle et les activités de la vie quotidienne, l'accès aux moyens (particulièrement les armes à feu), l'impulsivité, l'agressivité.

Produire des données fiables et de la connaissance sur la question du suicide des aînés est et reste une priorité de santé publique. Le « pilotage » de la prise en charge de ce phénomène suicidaire nécessite de disposer d'indicateurs fiables, sensibles et spécifiques qui couvrent tout le champ du continuum suicidaire ; les participants à cette table ronde, qu'ils soient décideurs politiques ou acteurs de terrain sont très certainement des partenaires clés dans ce dispositif, les uns parce qu'ils doivent soutenir et rendre prioritaire ce besoin de connaissance et les autres parce qu'ils sont à la source des informations utiles à la connaissance et parce qu'ils sont des utilisateurs potentiels de ces connaissances.



D I S P O S I T I F S

DISPOSITIFS PRÉVENTIFS ET SOCIO-SANITAIRES

Aperçu des dispositifs préventifs et socio-sanitaires à Bruxelles et en Wallonie

Le suicide des personnes âgées : une réalité cachée

Axel GEERAERTS

Directeur du Centre de Prévention du Suicide à Bruxelles

Introduction

Depuis maintenant quelques années, nous menons, au Centre de Prévention du Suicide, une réflexion sur la question difficile du suicide des aînés. Au fil du temps, nous avons ainsi développé une série d'actions spécifiques de prévention dont l'aboutissement fut en 2008, la diffusion d'une brochure spécifique à destination des intervenants qui travaillent auprès de personnes âgées ainsi que la mise à leur disposition d'un numéro d'appel.

A l'occasion de la Journée mondiale de la prévention du suicide de 2008, nous avons choisi d'attirer l'attention des médias et du grand public sur la question spécifique du suicide des personnes âgées. A cette occasion, nous avons écrit une carte blanche dans *Le Soir*, carte blanche qui avait été titrée ainsi par la rédaction : « Beaucoup de vieux se suicident et tout le monde s'en fout ». Si ce titre a quelque chose d'un peu provoquant, il illustre parfaitement le thème de cette table ronde.

De fait, dans notre pratique quotidienne au Centre de Prévention du Suicide, nous nous sommes aperçus que si le suicide fait l'objet d'une attention de plus en plus grande, la réalité concrète que recouvre cette problématique est encore largement méconnue voire tronquée par ce que nous pourrions qualifier de filtres socioculturels.



Parmi tous ces stéréotypes, il en est un qui est encore bien prégnant dans toutes nos représentations à savoir que la population la plus à risque au niveau du suicide est celle des adolescents et des jeunes de moins de trente ans.

Rappel des chiffres

Si, au niveau des causes de mortalité, le suicide ne survient qu'en douzième place chez les plus de 60 ans - tandis que chez les 20-39 ans, c'est la première cause de mortalité - au niveau des taux de suicide par groupe d'âge, ce sont pourtant les personnes de plus de 70 ans qui sont les plus touchées.

Nous constatons ainsi que le risque suicidaire augmente avec l'âge, avec un premier pic aux alentours de 45 ans et un deuxième pic très important surtout pour les hommes à partir de 75 ans.

En d'autres termes, les personnes qui se suicident le plus en Belgique ne sont pas les jeunes, comme on aurait tendance à le croire, mais bien les personnes entre 40 et 50 ans et surtout les hommes à partir de 75 ans.

Remarquons qu'en ce qui concerne les tentatives de suicide, les proportions s'inversent puisque les jeunes tentent beaucoup plus souvent de se suicider que les aînés (1 suicide abouti sur 100 à 150 tentatives pour les moins de 25 ans, pour 1 suicide abouti sur 2 ou 3 tentatives pour les plus de 65 ans).

Comme on le voit, la question du suicide se pose de manière particulièrement importante aux âges extrêmes de la vie. Si le taux de tentatives de suicide chez les jeunes est important, c'est chez les personnes âgées que nous retrouvons le plus haut taux de suicide.

Une population particulièrement à risque ?

S'il existe à tout âge des éléments qui peuvent aider à comprendre le passage à l'acte suicidaire, il existe chez la personne âgée un certain nombre de facteurs de risque bien identifiables.

« Le vieillissement est d'abord social. Nous vieillissons parce que les recommencements nous sont de moins en moins possibles et que notre passé devient toujours plus la préfiguration de notre avenir »

André Gorz



Durant toute notre vie, nous devons faire face à toute une série d'événements plus ou moins stressants, de pertes, de deuils, de renoncements ou d'échecs.

Ces moments difficiles sont en général contrebalancés par des moments de joie, de bonheur, de réussite, ce qui au final nous permet de maintenir une sorte d'équilibre psychique.

De plus, les moments difficiles que nous traversons peuvent en fonction de toute une série de facteurs personnels et environnementaux nous permettre soit d'évoluer positivement et de développer de nouvelles aptitudes d'adaptation, soit nous faire basculer dans des situations de crise aiguë desquelles il sera plus difficile de sortir. C'est dans ces situations où la souffrance ressentie face aux aléas de la vie prend le dessus que la tentation suicidaire peut prendre corps chez certaines personnes.

Chez la personne âgée, les situations vécues de pertes sont multiples. La perte du conjoint, les deuils multiples d'amis ou de connaissances, la perte d'autonomie, la baisse des facultés psychologiques et /ou intellectuelles ou encore le placement en institution constituent toute une série d'événements particulièrement stressants qu'avec l'âge, il devient de plus en plus difficile de surmonter. Et ceci chez les hommes en particulier.

Si ces différents facteurs de risque sont inéluctables puisque liés à l'âge, et donc difficilement réductibles, le regard et l'attention que l'entourage porte sur ces situations et en particulier sur la souffrance potentielle qui les accompagne constituent certainement un axe de prévention à développer. Certes, plus une personne avance en âge, plus le risque de vivre la perte d'un proche augmente. Sommes-nous suffisamment attentifs à l'impact de ces deuils sur nos aînés ?

N'avons-nous pas tendance à penser un peu trop vite que lorsque c'est la énième fois qu'un proche disparaît l'impact de ce nouveau deuil sera moindre ? Qu'en savons-nous ?

Pouvons-nous vraiment croire qu'à partir d'un certain nombre de deuils, on devient immunisé contre la perte ? Qui tentons-nous de rassurer par là ? La personne âgée qui est en face de nous ou notre propre angoisse face à la mort ?

Dans notre société occidentale qualifiée de « post moderne », nous devons faire face à un double paradoxe face à la mort. D'une part, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Nous vivons de plus en plus vieux, et globalement de mieux en mieux. Les progrès de la médecine nous font croire que la mort peut dans bien des cas être vaincue ou tout au moins combattue avec vigueur.



D'autre part, la baisse de la pratique religieuse, quelle qu'elle soit, a eu pour effet de nous priver de lieux où penser, voire célébrer, la mort et plus particulièrement le rapport entre la vie et la mort. Nous en sommes donc arrivés progressivement à nier d'une certaine manière la mort ou à ne la vivre que comme un échec, comme quelque chose de non naturel. Par ailleurs, la mort n'a sans doute jamais été aussi présente autour de nous, à la télévision ou au cinéma. Dans les médias, nous sommes quotidiennement confrontés à elle. Et pourtant, c'est comme s'il ne s'agissait pas de *notre mort*, mais d'un concept vague, impersonnel qui ne s'appliquerait en tout cas pas à nous.

Face à des personnes qui, par leur âge, sont les plus proches de la fin, nous sommes donc le plus souvent incapables de soutenir une quelconque discussion sur le sujet. Quand nous entendons : « *L'année prochaine, je ne serai plus là* » ou « *Je suis si fatiguée, le mieux serait que cela se termine* », n'avons-nous pas tendance à vite trouver des échappatoires pour ne surtout pas discuter de tout cela ?

Face à ces évocations de la mort, l'angoisse nous saisit et parce que nous ne possédons plus de code pour en parler, nous l'évacuons avec pour conséquence de laisser ceux qui s'adressent à nous, à leur propre solitude, leur propre angoisse.

La place des personnes âgées

Mais au-delà de ces facteurs de risque plus spécifiques, ne devons-nous pas aussi nous interroger sur la place que la personne âgée occupe dans nos sociétés occidentales ?

Dans une société où l'intégration sociale passe encore le plus souvent par le travail, quel mode d'intégration offrons-nous à des personnes en fin de carrière ou dont la carrière professionnelle est derrière elles, mais dont l'espérance de vie augmente d'année en année ? Quel modèle autre que la « super mamy » qui s'envole pour les Seychelles ou du papy qui fait des placements rentables à court terme proposons-nous ?

En dehors de ce cadre de référence de l'*hyper consommation* dont sont exclus la plupart des pensionnés, force est de constater que notre société n'offre que peu de modèles d'intégration alternatifs et surtout accessibles à tous.

Dans cette société, donc, où tout va de plus en plus vite et où l'éclatement de la cellule familiale traditionnelle a détissé les liens transgénérationnels, l'isolement et la solitude sont devenus des phénomènes qui touchent durement les franges les plus âgées de nos sociétés.



Nombre d'entre elles vivent des situations de perte de tout lien social et peuvent passer des journées où le seul contact social est le passage du facteur qui dépose l'un ou l'autre tract publicitaire.

Là où parmi les valeurs sociales particulièrement privilégiées jadis se trouvait l'expérience notamment liée à l'âge, nous assistons maintenant à un renversement en faveur de la nouveauté et de la croissance. Ce qui apporte la richesse, ce n'est plus le savoir patiemment acquis, mais les potentialités d'avenir. La personne plus âgée s'est ainsi retrouvée dépourvue d'intérêt face à la montée en puissance de l'enfance et de la jeunesse comme valeur en soi.

Enfin, pour comprendre réellement pourquoi nous retrouvons un taux de suicide aussi élevé chez les personnes âgées, nous devons tenter d'analyser ce qui fait que, trop souvent encore, la question du suicide des personnes âgées est comme éclipsée par la question du suicide des jeunes.

De fait, la question du suicide reste, au niveau socioculturel, encore trop marquée d'une plus grande acceptation ou tout au moins d'une moindre réprobation sociale, lorsqu'il s'agit de personnes âgées.

Comme s'il était moins choquant de mettre fin à ses jours à 75 ans ; comme si, somme toute, les personnes âgées qui se suicident ne faisaient qu'anticiper quelque peu une fin de toute façon inéluctable...

Il n'y a pourtant pas de grande ou de petite souffrance, de souffrance plus ou moins relative en fonction de l'âge. Ce qu'il y a avant tout, c'est une personne qui souffre. Qui souffre dans son âme et dans sa chair. Et c'est bien cette souffrance-là qu'il s'agit de reconnaître. En tant que telle ni plus ni moins.

Car quel serait donc le sens d'une société où la porte de sortie pour les plus âgés serait de plus en plus le suicide ?

Que faire ?

« Alors que faire ? » me direz-vous. Pour nous, une des pistes majeures en prévention du suicide consiste à « revenir à soi ». Qu'est-ce qui en moi est touché quand je suis confronté(e) à la personne suicidaire ? De quelle façon, avec quelle intensité ? Qu'est-ce qui, de ma propre histoire, de ma propre intimité, est bousculé ?

Le suicide représente pour tout homme, à la fois un objet de crainte et de désir, voire de fascination. Parler du suicide fait immédiatement référence à notre vie, à notre mort et à nos propres idées suicidaires. Ce n'est donc pas s'entretenir d'un



sujet extérieur à nous-mêmes. Nous y sommes impliqués directement bien que nous essayions souvent de mettre tout cela à distance, loin de nous.

Dans le but de prévenir le suicide chez le sujet âgé, plusieurs auteurs affirment qu'une attention particulière doit être portée sur les problèmes communs aux aînés.

Ainsi, les divers moyens de prévention sont étroitement liés aux problématiques sociales :

- Des programmes de prise de retraite progressive, de pré-retraite et de post-retraite favorisant l'adaptation à la fin de la vie professionnelle, sont parmi les exemples les plus fréquemment cités ;
- Le développement d'activités encourageant les interventions sociales, le sentiment d'appartenance et l'implication sociale pour prévenir la solitude et donner sens à la vie d'aîné ;
- Le développement de services de psychothérapies plus adaptés aux besoins de la personne âgée aux prises avec un état dépressif ;
- Des efforts de sensibilisation aux caractéristiques des suicidaires âgés pourraient être faits auprès des professionnels de santé intervenant auprès d'eux ;
- Le travail pour modifier les attitudes de personnes âgées face à la maladie mentale. Peu d'entre elles consultent pour des raisons de santé mentale par peur du jugement, de l'aliénation et de l'institutionnalisation ;
- L'éducation du public sur le vieillissement normal et pathologique ainsi que sur les indices suicidaires pourrait s'avérer un moyen de réduire les tabous associés à l'âge et au suicide.

La capacité de l'entourage à reconnaître les symptômes dépressifs de l'aîné serait une autre forme de prévention du suicide. Les membres de la famille ont un rôle à jouer dans l'évolution, la détection et la prévention du suicide des personnes âgées.

On pourrait se demander si le nombre de suicides chez les aînés ne reflète pas une inadéquation des ressources mises à leur disposition ainsi que la perte du sens du vieillissement dans notre société ?

La prévention du suicide chez la personne âgée pourrait passer par un développement des mesures psycho-culturo-sociales leur permettant de satisfaire leurs besoins d'appartenance et d'estime de soi essentiels à une bonne qualité de vie.



Exemples d'initiatives menées par le Centre de Prévention du Suicide

« A quoi bon vivre encore, je ne suis plus bonne à rien, mes amies sont mortes, je n'en peux plus... »

Nombreuses sont les personnes âgées qui communiquent leur désolation, leurs peurs, leur idée d'un « vouloir mourir » face aux différents changements qu'elles subissent. Solitude, effacement de leur personnalité, mise à l'écart de la société, proximité avec la mort s'ajoutent au registre de leurs renoncements et/ou de leur angoisse.

Cette tentation d'en finir, comment la comprendre ? En tant qu'intervenant, comment y répondre ? Quel soutien est possible ?

Grâce à un subside des *Œuvres du Soir*, le Centre de Prévention du Suicide, dans les limites de ses moyens, a ainsi pu mettre en place un projet de prévention du suicide auprès des personnes âgées, axé sur :

- L'information et la sensibilisation des professionnels qui encadrent des personnes âgées dans leur vie quotidienne, via la diffusion d'une brochure et l'organisation d'une conférence ;
- La formation de ces professionnels de manière à ce qu'ils puissent reconnaître, écouter et orienter une personne âgée qui communique des idées suicidaires ;
- Un soutien « sur mesure » aux professionnels ou aux institutions qui font appel au Centre de Prévention du Suicide (avec notamment la création d'un forum spécifique sur Internet) ;
- L'écoute des personnes en mal-être via la ligne de crise 0800 32 123

Une brochure d'information et de sensibilisation :



Une brochure : **« La problématique du suicide chez les personnes âgées »** est proposée gratuitement par le Centre de Prévention du Suicide, depuis août 2008, aux intervenants concernés.

Elle a pour but de sensibiliser les intervenants qui côtoient les personnes âgées sur la problématique du suicide, et d'informer ces intervenants



sur les ressources d'aide à leur portée, notamment sur les services spécifiques que le Centre de Prévention du Suicide met à leur disposition.

La brochure a été réalisée et imprimée en 10.000 exemplaires grâce au soutien des Œuvres du Soir.

Elle a été diffusée auprès de tous les homes et maisons de repos et soins à Bruxelles et en Wallonie. Pour Bruxelles, l'envoi a été réalisé en collaboration avec Infor-Homes Bruxelles.

Beaucoup d'institutions et de personnes relais ont manifesté leur intérêt.

En décembre 2008, près de 5.000 brochures ont été diffusées.

L'expérience acquise par le Centre de Prévention du Suicide se base essentiellement, à la fois sur l'écoute des suicidants ou de leurs proches, et sur les informations recueillies au cours de sessions d'information et de sensibilisation.

Cette expérience nous montre que la prévention du suicide, si elle nécessite parfois l'intervention de spécialistes, est aussi l'affaire de tous. En effet, la prévention du suicide commence bien avant le début de la crise suicidaire. Une action indirecte peut influencer le terrain prédisposant de la crise en améliorant notamment les conditions de vie (évolution plus favorable des éléments urbanistiques afin d'éviter, par exemple, la solitude ressentie dans les grands ensembles), la santé mentale et physique, la lutte contre l'alcoolisme, la toxicomanie ...

L'action directe face à une personne en crise implique de manière plus privilégiée des intervenants psycho-médico-sociaux.

Toute intervention présuppose deux capacités chez l'intervenant :

- Il s'agit dans un premier temps de percevoir le mal-être de la personne, son état de tension et d'être sensible à l'expression indirecte d'idées suicidaires ;

Par exemple, nous savons qu'un bon nombre de personnes ayant réalisé une tentative de suicide ou un suicide ont rencontré un médecin dans les jours ou les semaines qui ont précédé leur geste. Lors de telles rencontres, il est important de saisir, au-delà d'une plainte somatique, une souffrance psychologique.

- Dans un deuxième temps, d'oser laisser parler ou d'oser favoriser un dialogue.

Cela n'est pas simple : parler du suicide fait immédiatement référence à notre vie, à notre mort et à nos propres idées suicidaires. Ce n'est pas s'entretenir d'un sujet extérieur à nous-mêmes. Nous y sommes impliqués direc-



tement bien que nous essayons souvent de mettre cela à distance, loin de nous en rationalisant.

Le Centre de Prévention du Suicide, depuis de nombreuses années, consacre une part importante de son temps à informer et à sensibiliser les intervenants de première ligne.

Notre travail est contractuel et s'appuie préalablement sur l'analyse de la demande, étape essentielle d'un travail qui nécessite une saine prudence. En effet, la tension des personnes confrontées à une situation de suicide est telle qu'elles imaginent parfois dans leur désarroi que nous sommes détenteurs du pouvoir « d'éteindre le feu » et en possession de réponses qui auront la vertu de remettre de l'ordre très vite au sein de l'institution.

Par le dialogue et en évaluant une série d'éléments par téléphone avec le demandeur, nous constatons que la première demande n'est pas toujours la plus indiquée. Nous définissons donc, avec les personnes concernées, les modalités d'intervention adaptées à leurs besoins, au contexte et aux particularités de la situation présentée.

Par ailleurs, une organisation, une association ou tout groupe de personnes peut souhaiter mettre au travail la question du suicide et de sa prévention.

En dehors de tout climat d'urgence ou de tension lié à un événement particulier, le Centre de Prévention du Suicide propose des modules de sensibilisation et de formation, tant dans la gestion de la crise suicidaire proprement dite que dans la gestion de l'après-suicide.

Les sensibilisations

Le module de sensibilisation, comme son nom l'indique, vise à amorcer la réflexion **sur la place que chacun pourrait prendre dans la prévention du suicide** en visitant avec les participants quelques concepts de base et un minimum de repères utiles. La sensibilisation est une approche généraliste et, de fait, assez succincte, mais cependant suffisante pour recadrer certaines représentations tenaces et peu indiquées face à une personne suicidaire (exemple : « Surtout ne pas prononcer le mot suicide sous peine de provoquer l'irréversible »). La multiplication de sensibilisations contribue à la diminution du tabou sur la question, mais sans tomber dans la banalisation de l'acte. Parler du suicide, oui, mais sûrement pas n'importe comment et pas n'importe quand !



Les « formations »

Les « formations » que nous proposons vont plus loin et s'ajustent aux besoins du public cible. Nous privilégions la réflexion et le retour sur soi car une prévention du suicide ne saurait en faire l'économie, elle se pense et se vit d'abord au sein d'une relation et d'un contexte relationnel particulier face à un sujet singulier. La formation permet de prendre conscience des interférences de l'aspect émotionnel qui peuvent faire obstacle à l'écoute et à la parole. Elle permet de clarifier, parmi les prises de position et les représentations les plus courantes à propos du suicide, le fondé et l'infondé et de s'interroger sur les siennes propres.

Structurées de manière à donner aux participants les moyens de mieux repérer les signes de souffrance, de mieux se situer face à la problématique, de reconnaître les ressources disponibles - personnelles et institutionnelles - et les limites à ne pas dépasser, à prendre davantage conscience de soi dans la relation, nos formations sont des espaces-échanges à partir de la pratique des participants, au service desquels nous mettons notre expérience. Ensemble, nous construisons la procédure de prévention la mieux adaptée à leur champ d'action et travaillons à une juste contribution à la prévention du suicide.

La formation a pour objectif de donner à chacun des repères dans sa pratique sans pour autant clore la question, une question que chacun s'engage à remettre sur le métier à la lueur de chaque situation, une réflexion à laquelle nous engageons les équipes à s'atteler afin **d'oser prendre place dans la prise en charge d'une personne présentant un comportement suicidaire.**

En guise de conclusion

Sujet tabou pour les uns, déni de la chose pour les autres, simple symptôme d'un mal plus profond ou choix éthique et philosophique... le suicide est à la fois total, global et singulier. Total, car il nous renvoie à la question universelle de la vie et de la mort, mais aussi de la souffrance ; global, car c'est le fondement même de la société qui est mis en cause, singulier, car c'est bien de notre propre mort qu'il s'agit.

Et ne nous illusionnons pas, le suicide des plus âgés nous concerne tous. Etre âgé n'est pas une maladie ou une tare qui ne frappe que certains. Penser que les vieux ce n'est pas nous, c'est oublier que tôt ou tard notre tour viendra et que d'ici cinq, dix, quinze ou vingt ans, c'est nous qui serons assis là... à attendre.



Aperçu des dispositifs préventifs et socio-sanitaires en Wallonie

Xavier MALISOUX

Psychologue, « Un pass dans l'impasse » asbl, Centre de Prévention du Suicide et d'Accompagnement en Wallonie

Nous débuterons cet exposé en vous faisant part d'une question itérative dans notre travail quotidien au Centre de Prévention du Suicide et d'Accompagnement « Un pass dans l'impasse » asbl : « Existe-t-il, au fond, un bon moment pour mourir ? ». Cette question semble plus sensible encore lorsqu'il s'agit de la mort volontaire d'un sujet âgé. Elle renvoie par ailleurs à l'inanité d'une vie sans mort, mais également à l'absurdité d'une mort certaine ayant porté ombrage à une vie longue. Car l'essentiel n'est-il pas d'accepter de mourir d'avoir vécu ?

Ce préambule nous invite à réfléchir à l'accompagnement de nos aînés vieillissants et confrontés à une mort proche, mais surtout à son échec, représenté par le suicide devenu alternative à la vie. Il est désormais bien démontré que la vieillesse est la tranche d'âge la plus touchée par le phénomène du suicide. Il existe en effet un rapport grandissant entre le suicide et le vieillissement. Fait interpellant, cette règle ne se retrouve pas dans des pays asiatiques comme la Chine ou le Japon. Une explication majoritairement acceptée par les spécialistes en la matière serait que la position sociale privilégiée des aînés dans ces pays leur épargnerait la tentation suicidaire.

Le suicide en soi n'est pas condamnable, tout comme le suicidé ne peut être jugé pour son acte. Par contre, nous devons questionner les raisons qui l'ont poussé à agir de la sorte. Elles appartiennent bien sûr à l'individu, trouvant leurs sources dans son existence propre, mais elles sont également imputables dans une certaine mesure à la communauté — ce qui détermine une responsabilité collective — et aux pouvoirs publics, en termes de responsabilité sociale.

C'est de ces deux niveaux que doivent émerger des dispositifs préventifs et de soins ayant pour vocation de réduire l'incidence du suicide chez les personnes âgées. L'entrée dans un nouveau cycle de vie, comme à chaque étape de l'existence, peut ou non constituer un temps de crise et générer une souffrance identitaire. Dès lors, ces dispositifs devraient permettre de favoriser des conditions de vie propices à un vieillissement progressif, cohérent et serein. Il est également nécessaire d'adopter un positionnement éthique dans le sens d'un soutien stable



et continu aux « aidants naturels » que sont la famille et les proches. Ces dispositifs sont au moins de deux types : médicalisé, en institution ou au domicile, et associatif.

Nous ne pouvons vous les présenter ici de manière exhaustive tant ils sont nombreux en Région wallonne. C'est la raison pour laquelle, après une brève présentation de l'asbl « Un pass dans l'impasse », nous choisissons de vous exposer quelques-unes de ces initiatives particulières et les collaborations qui existent avec notre structure. Dans le même temps, nous aborderons nos perspectives futures en la matière.

Le Centre de Prévention du Suicide et d'Accompagnement « Un pass dans l'impasse » asbl existe à Namur (Saint-Servais) depuis 2008 à l'initiative de la Mutualité Socialiste de la Province de Namur. Cette structure unique en Wallonie s'est donnée pour missions principales :

- Le suivi psychologique des personnes en crise suicidaire et l'accompagnement de leur entourage ;
- L'intervention post-hospitalière et le désamorçage de la crise suicidaire (via des conventions de collaboration avec des structures de soins et les Services d'Aide Policière aux Victimes) ;
- L'intervention ponctuelle dans le milieu où la problématique du suicide est survenue ;
- Le soutien psychologique aux personnes endeuillées suite au suicide d'un proche ou à un décès dans des circonstances traumatiques (uniquement sur le site de Namur) ;
- La sensibilisation des non professionnels et la formation des acteurs de terrain à la gestion de la crise suicidaire et au processus de deuil.

Au départ du premier site de consultations, nous avons choisi d'ouvrir successivement quatre sites supplémentaires de manière à favoriser l'accessibilité à nos services. Dans le courant du mois de novembre 2009, le site de Liège a vu le jour, suivi de celui de Charleroi au mois de janvier 2010. Un quatrième site a ouvert ses portes à Marche-en-Famenne en février 2010.

Enfin, un cinquième site de consultation a été créé à Waterloo au mois d'octobre 2010. Nous couvrons ainsi l'ensemble des provinces wallonnes.

La finalité de ces différents sites de consultation est de faciliter une prise en charge rapide, efficiente et gratuite des personnes suicidaires et l'accompagnement de leur entourage. De plus, ils permettent de garantir un « filet de sécurité » associatif en favorisant les synergies et en développant des partenariats féconds avec les réseaux locaux dans ces régions. De cette manière, nous souhai-



tons être identifiés comme une ressource et un relais spécialisé dans le secteur des soins en santé mentale. En effet, notre objectif pour la prochaine année est d'être reconnu par l'ensemble du réseau en qualité de centre de référence spécifique pour la thématique du suicide.

Il existe en Wallonie près de 780 institutions pour seniors, qu'il s'agisse de résidences, de centres de soins ou d'accueil de jour. Et nombreuses sont les structures qui développent des projets de « bien-être » spécifiques dans leur offre de services. Plusieurs de nos activités et perspectives concernent le public et les professionnels de ce secteur.

D'une part, nous sommes en mesure d'intervenir dans un délai court directement au sein de l'institution suite au passage à l'acte suicidaire de l'un des résidents. Face à un événement de ce type, la dynamique du « groupe » est fortement perturbée. Notre intervention vise alors un double objectif, à la fois préventif et curatif. En effet, dans ces circonstances, il s'agit avant tout d'éviter l'effet de contagion par l'animation d'un espace de parole adapté sur base de techniques spécifiques. Ce type d'intervention nous permet également de prévenir dans le groupe les risques de dépression réactionnelle et les troubles liés à un éventuel état de stress post-traumatique.

Il s'agit par ailleurs d'aménager un programme de « postvention », en proposant un soutien psychologique in situ, et de dépister tout risque suicidaire secondaire. Nous intervenons donc afin de créer, avec l'équipe soignante et les résidents, un espace d'expressions variées en vue de remobiliser les ressources du groupe. En ce sens, nous défendons l'idée que le soutien et l'information au personnel de ces institutions, sous la forme par exemple de supervisions cliniques, représentent une option efficace en matière de prévention du suicide des personnes âgées.

D'autre part, nous intervenons, à la demande des directions, dans plusieurs établissements afin de sensibiliser le personnel à la problématique du suicide des seniors. L'objectif pour nous est de proposer des pistes de prévention ainsi que des repères pour l'accompagnement au quotidien. En ce sens, nous privilégions la « qualité de présence » de l'intervenant ³ c'est-à-dire la possibilité d'entretenir une relation contenantante au sein de laquelle la souffrance morale pourra être exprimée ⁴ plutôt que d'aiguiser à tout prix sa capacité à détecter le risque sui-

³ Evaluation de l'efficacité du programme Agir en sentinelle en prévention du suicide implanté par l'Organisme JEVI d'après la perspective des sentinelles formées », Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, janvier 2010.

⁴ « Les sentinelles en milieu de travail – Un relais entre la personne en détresse et les professionnels », Centre de Prévention du Suicide de Québec.



cidaire. Bien entendu, un tel bagage, autant théorique que pratique, représente un aspect inévitable de toute démarche de formation à visée préventive. En effet, un certain nombre de signes ne peuvent être négligés, tout comme certaines plaintes ne peuvent être banalisées. Mais nous pensons que cela doit être « en arrière-plan » d'une relation où la qualité du lien est souveraine. Dans le courant de cette année, parallèlement aux formations « à la demande », nous allons établir en ce sens un module de formation spécifique à la prévention du suicide des personnes âgées.

Nous souhaitons entretenir ces différentes démarches vers le secteur des Maisons de Repos sous la forme de conventions de collaboration de manière à en assurer le caractère régulier et récurrent.

Par ailleurs, nous pensons qu'il serait opportun d'évaluer la pertinence d'une transposition et d'une adaptation du concept québécois de « Sentinelle » dans ce secteur. « On définit par « Sentinelle » toute personne formée pour repérer les personnes ayant des idées suicidaires, évaluer l'urgence de la situation et les orienter vers les ressources d'aides disponibles [...] Les Sentinelles [sous certaines conditions restrictives] sont des bénévoles qui œuvrent dans des milieux où ils sont en contact avec des gens à potentiel suicidaire ». « L'objectif est de créer et d'offrir un relais entre la personne en détresse et les ressources professionnelles ». Dans le cadre de la Commission Provinciale de Prévention du Suicide de la Province de Liège, nous procédons actuellement à l'étude de ce concept et de sa mise en pratique expérimentale dans un contexte professionnel.

En collaboration avec le Centre de Prévention du Suicide de Bruxelles, nous avons édité en 2009 une brochure intitulée « *Vous avez dit suicide ?* » que nous avons envoyée à l'ensemble des médecins généralistes de Wallonie. Celle-ci avait pour objectif de leur apporter une information concise sur le suicide aux différents âges de la vie, ainsi que des repères pour répondre adéquatement aux tourments suicidaires d'un patient. Cette brochure reprenait notamment les signaux d'alerte et les facteurs de risques spécifiques dans le suicide des personnes âgées.

Une difficulté que nous rencontrons dans la prise en charge de la crise suicidaire chez le sujet âgé est l'accessibilité à nos sites de consultations. Dans ces situations, les équipes mobiles revêtent un intérêt indéniable, même si elles sont pratiquement difficiles à mettre en place. Ainsi, en Province de Namur, nous avons la possibilité de collaborer avec le service spécialisé « Avec Nos Aînés » qui a la spécificité d'aller à la rencontre de la personne âgée dans son milieu de vie. Cette équipe intervient de manière ponctuelle sous forme de concertation en situation de crise avec toutes les personnes impliquées. Son action se situe aussi



dans la prévention par la formation, l'information ou la supervision des professionnels de l'encadrement des personnes âgées. Outre le relais ponctuel de certaines demandes vers ce service, nous envisageons de travailler à la mise en place de formations communes et spécifiques à la tentation suicidaire des personnes âgées, alliant ainsi nos deux domaines de compétence. Par ailleurs, des initiatives de ce type existent dans d'autres provinces de Wallonie. Dès lors, nous sollicitons des partenariats avec nos différents sites de consultation.

Toujours dans la logique des soins à domicile, nous pouvons compter sur la collaboration des Centrales de Services à Domicile du Réseau Solidaris. En effet, ces équipes pluridisciplinaires sont en première ligne pour entendre la souffrance morale. Une attention particulière peut alors permettre à la personne d'exprimer son mal-être, son envie d'en finir. Et c'est dans cet espace de parole, parfois très restreint en regard de la nécessaire intervention technique ou médicale, que la personne pourra dégager ses ressources et ainsi enrayer la spirale suicidaire.

Enfin, nous sommes convaincus de l'utilité de développer des synergies avec des associations d'éducation permanente, telles que « Espace Seniors », de manière à favoriser le bien-être et l'épanouissement des aînés, à développer des actions de sensibilisation et de soutien aux aidants proches, et à garantir la nécessaire intégration sociale des seniors au sein de notre société. Dans cette matière certainement, nous rappelons combien les concertations intersectorielles sont précieuses et efficaces.



Dispositifs mis en place par Espace Seniors pour lutter contre les troubles dépressifs chez les personnes âgées

Dominique BLONDEEL

Secrétaire nationale, Espace Seniors, Association d'éducation permanente, Mutualité socialiste

Introduction

Espace Seniors est une association du réseau de la Mutualité socialiste ouverte à tous les seniors. C'est un espace d'information et de formation, un espace de participation et d'engagement citoyen, un espace d'aide et d'accompagnement, mais aussi et surtout un espace de défense des droits des seniors.

Objectifs d'Espace Seniors :

- Contribuer au développement d'une citoyenneté active des seniors ;
- Stimuler les initiatives collectives et démocratiques ;
- Favoriser le bien-être, l'épanouissement et la santé des seniors ;
- Promouvoir la participation active et l'intégration sociale des seniors ;
- Contribuer à une société plus juste et plus solidaire.

Rappel de quelques chiffres :

Selon une enquête de santé menée par l'Institut Scientifique de Santé Publique en 2008, 14% de la population belge de plus de 65 ans souffrent de symptômes dépressifs (contre 9% au niveau de la population générale). Il est également constaté que la prévalence des troubles augmente avec l'âge pour atteindre 19% chez les plus de 85 ans.

Si on parle de mal-être psychologique, celui-ci est plus important chez les personnes âgées vivant en institution (40%) que parmi les plus de 60 ans vivant à domicile (24%).

La problématique du suicide est plus importante chez les personnes âgées que chez les jeunes (exemple : 12 pour 100.000 jeunes entre 15 et 24 ans se sont suicidés en 2004 ; 27 pour 100.000 suicides chez les 75-84 ans.) On a enregistré,



en 2004, 28 pour 100.000 suicides chez les plus de 84 ans. Le phénomène est encore plus important chez les hommes : 19 pour 100.000 jeunes entre 15 et 24 ans pour 49 pour 100.000 hommes âgés entre 75 et 84 ans et 74,88 pour 100.000 de plus de 84 ans)⁵.

Facteurs à l'origine des idées suicidaires

On est bien face à un réel problème qui se doit d'être pris en considération. Les facteurs qui ont été identifiés comme étant sans doute à l'origine de ces idées suicidaires sont :

- La difficulté à vieillir, qui plus est dans une société du « tout au jeunisme » ;
- L'acceptation de soi et de ses pertes telles que la perte d'indépendance physique ou mentale ;
- Le renoncement à une image de soi comme adulte ;
- Les deuils à traverser (conjoint, famille, amis...) ;
- L'isolement ;
- Les relations parfois difficiles avec les enfants, l'entourage...

Mais que peut proposer une association comme la nôtre dans ce cadre ?

Les projets d'Espace Seniors

Nos projets pour préparer à la vieillesse et assurer un bien-être dans le cadre du vieillissement sont de deux ordres, à savoir la sensibilisation et les prises de position :

- En termes de sensibilisation, il s'agit de sensibiliser les seniors (à la veille de leur retraite) à se construire un projet de vie adapté et adaptable dans le temps, sensibiliser l'entourage au respect de la dignité de la personne âgée en toutes circonstances et au respect de soi (les limites de l'aidant proche, par exemple).
- En termes de prises de position, il s'agit de travailler à un changement de mentalité et de comportement de la société tout entière (familles, soignants...) envers les personnes âgées.

Partant du principe que construire sa vie, c'est faire des choix à tout âge et qu'anticiper, c'est se garantir un avenir meilleur, nous avons mis sur pied des ateliers de réflexion appelés « Cap retraite ». Parallèlement à ces ateliers (sur lesquels nous reviendrons), nous avons commencé à mener campagne en faveur d'une série de

⁵ Chiffres extraits du rapport « Le Suicide en Belgique » élaboré par le Centre de Prévention du Suicide en décembre 2009.



droits des personnes âgées : droit au risque, droit à un environnement humain, droit à la santé et aux soins, droit de disposer de soi-même...

Nous estimons qu'à trop vouloir protéger dans le souci d'écartier tout risque, au nom de la fragilité et de la vulnérabilité des adultes âgés, on prive ceux-ci de leur liberté, de leur autonomie, ce qui engendre in fine une négation de la personne en tant que sujet.

Nous développons aussi des groupes de soutien et d'action pour les aidants proches et nous comptons sur nos Troubadours (volontaires faisant la lecture en maison de repos) pour faire évoluer le secteur de l'accompagnement des personnes âgées vers plus d'humanité.

Sensibilisation

Cap Retraite

Origine du projet :

Nous avons fait le constat que tout un chacun franchit un certain nombre d'étapes au courant de sa vie avec plus ou moins de succès. Et on sait que mieux on s'est préparé, mieux on a franchi l'étape... Quand les tempes grisonnent, il est encore au moins une étape à franchir : celle de savoir où l'on veut vivre ses dernières années, comment on veut les vivre, avec qui, avec quel soutien si nécessaire... Bien souvent, malheureusement, on n'a pas anticipé ce moment.

Or, vivre au jour le jour sans se poser trop de questions risque de faire basculer brutalement son parcours de vie : il n'est pas rare, en effet, de retrouver à l'hôpital des personnes âgées qui ont été « placées » en urgence, à la suite d'une mauvaise chute, dans la première maison de repos venue. Il n'est pas rare non plus de voir quelqu'un qui était très actif dans sa vie professionnelle sombrer dans la dépression à la retraite.

Nous partons donc du principe que pour poursuivre sa route, progressivement plus difficile sans doute, en acceptant et en gérant progressivement les aléas, il importe de réfléchir, éventuellement avec ses enfants, son entourage ou des professionnels à un projet de vie après la vie professionnelle.



Projet :

Cap Retraite est un cycle de réflexion et de sensibilisation sur des thématiques liées à la retraite et au vieillissement. Proposé depuis 13 ans par Espace Seniors, il a été actualisé cette année et enrichi d'un module sur les lieux de vie.

Cap Retraite se présente sous la forme de 4 journées basées sur des thématiques différentes : quels changements pour la santé ; les aspects financiers, juridiques et notariaux ; une nouvelle vie ; les projets pour demain.

Ce cycle de réflexion invite les participants à prendre le temps de penser à demain et de préparer leur retraite dans une ambiance conviviale. Les modules sont tous animés par des professionnels avec pour objectifs de :

- Permettre aux seniors de rester acteurs de leur vie présente et à venir en prenant le temps de s'arrêter, de s'interroger, d'anticiper et de poser in fine des choix en connaissance de cause ;
- Permettre aux participants de rassembler leurs réflexions et leurs attentes dans un cahier personnel pour leur donner les moyens de se construire un nouveau projet de vie.

Groupes de Soutien

Origine du projet :

Les groupes de soutien aux aidants proches sont nés il y a quelques années à partir du constat que les aidants proches (qui peuvent être des quinquas souvent pris en sandwich entre leurs enfants et leurs parents mais aussi des personnes plus âgées) manifestent souvent des signes de burn-out et peuvent développer à terme des dépressions. La charge émotionnelle et physique imposée aux aidants proches est telle qu'il est nécessaire pour eux de pouvoir souffler de temps en temps ou à tout le moins d'être écoutés, soutenus, conseillés dans leur tâche d'accompagnant.

Projet :

Nous avons donc développé des groupes d'entraide et de soutien. Ces groupes d'aidants proches se réunissent régulièrement : le principe est de se soutenir mutuellement, de s'écouter, de s'échanger des pratiques. Entre les réunions, les aidants proches restent en contact par téléphone ou même par mail et lorsque l'un craque, il n'est pas rare qu'il téléphone à un autre membre du groupe pour chercher un réconfort.

L'objectif de ces groupes est bien de lutter contre le mal-être des aidants proches.



Positionnement

Le Projet « Troubadours » relais du vécu en maison de repos

Nous savons que l'entrée en maison de repos est souvent un cap difficile à passer. Les seniors sont parfois contraints d'y emménager à la suite de problèmes de santé et/ou de mobilité. Ils perdent leurs repères ainsi que leur entourage social et familial.

L'isolement touche aussi de nombreux seniors plus jeunes. Par le biais de leur engagement dans ce projet, ils retrouvent du lien social et entrent dans un réseau de volontaires.

Espace Seniors forme des volontaires seniors pour se rendre régulièrement dans les maisons de repos. Ils y rencontrent des seniors isolés ou qui ont des difficultés pour lire. Ils leur apportent, à travers la lecture, un moment de rencontre et d'échanges privilégiés.

Actuellement, le projet s'est exclusivement développé dans des maisons de repos. Nous souhaitons, à partir de 2011, l'étendre aux services gériatriques des hôpitaux, ainsi que dans des centres d'accueil (et de soins) de jour.

Les objectifs qui concourent à la prévention « mal-être et/ou suicide » dans le cadre de ce projet sont de lutter contre, d'une part, l'isolement ou l'inactivité dans lequel se trouvent parfois les résidents et, d'autre part, le sentiment d'inutilité de seniors pensionnés fragilisés par le manque d'activité sociale. Un autre objectif est de se rendre compte, au travers du regard des Troubadours, des conditions de vie des personnes âgées en institution et, à partir de là, de travailler dans le cadre de collaborations interactives et fructueuses à une amélioration de ces conditions, dans notre rôle d'acteur social et politique.

Nos campagnes de défense des droits des personnes âgées

Par exemple :

- Campagne 2010 sur les lieux de vie ayant notamment pour objectif de défendre le droit à un environnement humain ;
- Campagne 2010 sur les médicaments moins chers visant le droit à la santé ;
- Campagne 2011 sur les nouvelles technologies avec pour revendication un meilleur accès à celles-ci ;
- Campagne 2011 sur les lieux de vie avec pour objectif le droit au risque qui implique le droit à une citoyenneté active.



Conclusion

L'espérance de vie à la naissance est en constante augmentation : les plus de 65 ans représentent aujourd'hui 16% de la population belge. En 2030, ils seront 25%. Les plus de 80 ans seront trois fois plus nombreux en 2050 qu'aujourd'hui et il y aura neuf fois plus de centenaires !

Il faut donc penser non seulement **une société « seniors admis »** (sur les plans financiers et humains) mais aussi et surtout **une société « seniors citoyens »**, responsables, acteurs de leur vie et solidaires des autres générations. C'est en poursuivant ces objectifs que nous construirons une société « seniors heureux » !

Dans ce contexte, Espace Seniors a plus que jamais la volonté de faire entendre sa voix et, par là-même, celle des seniors. Ceux-ci ne sont pas assez écoutés et pourtant... Que de richesses, d'expériences, de sagesse et de force peuvent-ils nous apporter !



RECOMMANDATIONS RECOMMANDATIONS PROVISOIRES

Recommandations provisoires axées sur les médias

Yolande HUSDEN

Représentante de Madame la Ministre Fadila LAALAN

Je voudrais d'abord préciser que les recommandations que nous allons proposer aujourd'hui à la discussion tiennent compte des compétences et uniquement des compétences des entités représentées aujourd'hui, à savoir : la prévention au niveau de la santé et l'éducation à la santé, les institutions des personnes âgées, la santé mentale et aussi l'audiovisuel.

Elles tiennent également compte de la complexité de nos institutions actuellement au niveau des répartitions de compétences sur cette matière bien précise.

Elles s'inscrivent dans les trois types de prévention :

1. *La prévention universelle* qui vise la population générale et certains groupes parmi celle-ci. Le but premier de la prévention universelle est de fournir à tous les individus d'une population de l'information et des compétences pour réduire l'importance du problème visé ;
2. *La prévention sélective* qui vise les personnes que l'on considère les plus exposées au problème en raison de facteurs de risque connus : biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux ;
3. et enfin *la prévention indiquée* qui vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportement(s) associé(s) au problème visé. La prévention indiquée se situe au niveau d'un individu et s'intéresse à ses propres facteurs de risque.

J'en viendrai à la première recommandation sur les médias, première recommandation que j'ai intitulée : Sensibiliser les médias à l'impact de la communication de masse sur le suicide. Cette recommandation s'inscrit dans la prévention des facteurs de risque.

Les relations entre les médias et le suicide sont connues depuis longtemps. Selon



les différentes études, le degré de publicité fait à la relation d'un suicide est directement lié au nombre de suicides qui suivront. Les cliniciens et chercheurs reconnaissent toutefois que l'augmentation des conduites suicidaires dans les populations à risque n'est pas due au reportage sur le suicide en soi mais à un certain type de couverture médiatique. Inversement, certains types de reportages peuvent aider à prévenir le suicide.

Pour améliorer la qualité de l'information concernant un suicide, soit en général, soit concernant un événement en particulier, les professionnels des médias doivent connaître l'impact de leurs mots et de leurs paroles au sujet du suicide.

Il y a lieu d'instaurer un dialogue entre les journalistes et les professionnels de la santé sur la thématique du suicide :

En ce qui concerne le suicide en général dans les médias, il est important de veiller à :

- Mettre à disposition des informations sur l'interprétation prudente et correcte des statistiques et leur généralisation ;
- Garantir la fiabilité et l'authenticité des sources utilisées ;
- Accorder une attention particulière en ce qui concerne les généralisations basées sur un petit nombre ;
- Ne pas rapporter les gestes suicidaires comme une réponse aux changements sociaux et culturels.

En ce qui concerne le cas d'un suicide en particulier, les points suivants doivent toujours être présents à l'esprit :

- Les risques liés au caractère sensationnel d'un reportage sur le suicide d'une personne célèbre et à la glorification des suicides ;
- Les risques liés à la description détaillée de la méthode utilisée ;
- La reconnaissance des facteurs multi-variés qui contribuent au suicide ;
- La prise en compte de l'impact du suicide sur la famille et les proches ;
- La description des séquelles des tentatives de suicide qui peut s'avérer dissuasive ;
- Et enfin, le suicide qui ne peut être présenté comme une méthode pour trouver une solution à des problèmes personnels.



Recommandations provisoires axées sur la formation du secteur médical

Dominique MAUN

Représentante de Monsieur le Ministre Benoît CEREXHE

En matière de santé, nous avons ciblé le *médecin généraliste*.

Aujourd'hui, il existe encore, et en particulier auprès des personnes âgées, des médecins de famille qui sont présents et en relation avec les personnes âgées.

Nous pouvons prendre en compte deux temps : le premier temps, c'est celui de la **formation de base** des médecins généralistes. Même si elle est déjà très longue, nous avons constaté qu'elle présente des lacunes en matière de formation aux processus de vieillissement d'une part et, d'autre part, pour tout ce qui concerne la détection des états dépressifs. Il n'est pas évident d'accepter, par exemple, qu'une personne âgée ne soit pas systématiquement, « naturellement » dépressive et qu'il s'agit de la traiter en cas de dépression.

La dernière recommandation par rapport à la formation de base des médecins généralistes concerne la formation à l'écoute. De manière générale, on sait que chez les médecins généralistes, la question de l'acte intellectuel posé est peu valorisé, déjà financièrement, et que c'est une demande de leur part en matière d'aide aux personnes âgées, de ne pas seulement être dans l'acte mais aussi dans l'écoute. Il nous semble important de prévoir cette question de l'écoute dans le cursus et, par rapport au sujet qui nous préoccupe, la question de l'écoute par rapport au sens de la vie, de la souffrance, de la mort ou du souhait de mort, que ce souhait soit exprimé ouvertement ou sous-entendu.

J'en arrive au deuxième enjeu, celui de la **formation continuée** des médecins généralistes. De ce point de vue, pour Bruxelles, nous avons déjà pris des décisions très concrètes. Dans le cadre d'un Plan suicide préparé par le Ministre Benoît Cerexhe, nous avons prévu, en concertation avec le Centre de Prévention du Suicide, de créer une brochure à l'attention toute particulière des médecins généralistes, qui serait un outil de travail.

Cette brochure est en préparation pour l'instant. Le Centre de Prévention du Suicide travaille en direct avec les médecins généralistes (la Société scientifique de médecine générale notamment). Les médecins généralistes ont ainsi pu apporter leur contribution.



Nous avons décidé de ne pas nous contenter d'une brochure qui allait être envoyée parmi d'autres. Les médecins généralistes en réceptionnent déjà une quantité non négligeable !

Dès lors, au moment de sa diffusion, nous allons financer une personne qui sera une sorte de « déléguée suicide ». Le terme n'est pas séduisant mais a le mérite d'être compréhensible. L'idée, c'est d'aller à la rencontre des médecins pour présenter cette brochure et attirer leur attention sur les perspectives d'aides et de soutiens existantes dans le cadre de la rencontre individuelle avec quelqu'un qui a des idées suicidaires ou qui a fait une tentative de suicide.

Ce projet est spécifique à Bruxelles. Nous avons prévu une évaluation qui, si elle est positive, pourra évidemment permettre d'étendre ce processus à toute la Communauté française éventuellement.

Recommandations provisoires axées sur la formation du secteur social (résidentiel et non résidentiel)

Nadine GABET

Représentante de Monsieur le Ministre Emir KIR

- Inscrire dans le cursus de formation de base des aides familiaux (enseignement de la CF, centres de formation CCF) et du personnel soignant (infirmiers, aides soignants):
 - Une formation à la détection des états dépressifs et à leur prise en charge :
 - Une formation à l'écoute et à la parole concernant les problèmes liés au sens de la vie, à la fin de vie et aux souhaits exprimés ou sous entendus de mort ;
 - Une formation visant à prévenir les attitudes ou comportements qui pourraient augmenter les risques de suicide (exemple : éviter d'infantiliser les personnes âgées, respecter leur autonomie et leurs choix de vie, principalement dans les situations de dépendance physique, etc.).
- Inciter les services d'aide à domicile et les maisons de repos à inscrire dans leur programme de formation continue du personnel les mêmes formations.



- Inciter les services d'aide à domicile et les maisons de repos à aborder la problématique du suicide et des idées suicidaires chez les personnes âgées dans leurs réunions d'équipe.
- Veiller à la mise en œuvre concrète des projets de vie élaborés par les maisons de repos, ce qui implique le contrôle du respect des normes et du respect des projets de vie définis par les maisons de repos.
- Développer les services qui permettent de rompre l'isolement des personnes âgées (services d'accueil de jour, associations de type culturel, socioculturel, sportif, offrant des activités pour les seniors, etc.), en veillant à garantir leur accessibilité géographique, financière et culturelle.
- Développer les formes de logement alternatif pour personnes âgées, permettant de rompre leur isolement (logement communautaire, habitat kangourou) et veiller à leur accessibilité la plus large.

Recommandations provisoires axées sur la concertation comme levier d'une prévention sélective et indiquée

Kristel KARLER

Représentante de Madame la Ministre Eliane TILLIEUX

Finalement, la première recommandation à formuler n'est-elle pas celle de situer ou de resituer la personne au centre des préoccupations lorsque l'on parle de concertation et ce, bien sûr, à chaque fois qu'un processus de concertation est mené ? Concertation pour parfaire la collaboration. Qu'attend le sujet de chacun en particulier ? Qu'attend le sujet de l'ensemble des ressources disponibles ? Cela semble, finalement, être les questions de base.

Evidemment, promouvoir l'offre est aussi une volonté.

1. Valoriser, assurer la visibilité et coordonner les ressources

Nombreux sont les acteurs qui participent à la prévention ou à l'accompagnement des situations de suicide des personnes âgées. Force est de constater qu'ils ne sont pas toujours bien identifiés ni (re)connus, que leurs actions ne sont pas toujours valorisées et que leurs moyens, pris individuellement, restent limités. Sur base de l'existant, sans recourir nécessairement à la création de nouvelles struc-



tures, il est possible d'organiser une réponse encore plus efficace et efficiente. Le travail en réseau en constitue la base.

Les axes à soutenir pour atteindre cet objectif sont de communiquer sur les actions des uns et des autres, de décloisonner les secteurs et de créer des ponts entre les services, d'évaluer l'ensemble et le rôle de chaque acteur dans une bonne complémentarité des actions, et de veiller, en concertation, à l'évolution et à l'adaptation des outils mis à disposition par chacun.

Cette perspective s'appuiera sur une meilleure connaissance réciproque des acteurs inscrits dans le champ de la santé mentale et/ou des aînés susceptibles d'intervenir dans ces situations.

En outre, il convient de mobiliser les acteurs à s'inscrire dans l'esprit de la réforme des soins de santé mentale, basée sur un travail de réseau, dépassant le strict cadre des soins et partant des besoins et des attentes des individus. Si cette réforme ne concerne pas spécifiquement le public âgé, il va de soi que la philosophie qui est à sa base est transposable à ce public cible.

2. Développer et renforcer tant la collaboration institutionnelle que la concertation clinique entre les secteurs, en y incluant les aidants proches

L'accent sera mis sur la complémentarité entre secteurs et entre intervenants, services et institutions. Des lieux de concertation existent déjà au sein des plateformes de concertation en santé mentale. Il convient d'y encourager la participation des secteurs en charge des aînés, ainsi que des interactions avec les plateformes de soins palliatifs.

L'adhésion des services de prévention et d'accompagnement du suicide au sein de ces plateformes est également à encourager.

En termes de concertation, le rôle central des médecins généralistes, des urgences et des centres de coordination des soins et d'aide à domicile est considérable, en leur qualité de services de première ligne.

Impulser des accords de collaboration effectifs constitue un moyen à évaluer.

3. Renforcer et pérenniser les ressources disponibles, tout en identifiant les « bonnes pratiques »

L'opportunité, la pertinence et la qualité de l'action réalisée par les dispositifs et les initiatives à l'œuvre seront évaluées, de manière à soutenir leur développement et à garantir l'offre.



A titre d'exemple, les initiatives spécifiques « personnes âgées » émanant des services de santé mentale constituent des pratiques dont la transposition est souhaitable. Le nouveau décret permet d'ailleurs le développement d'initiatives spécifiques, dans les limites des moyens budgétaires.

Le travail de réseau avec le secteur des aînés (services à domicile, MR/MRS, hôpitaux et médecins généralistes) et le déplacement des professionnels du secteur de la santé mentale auprès du public âgé sont à encourager. La « mobilité » des professionnels est incontournable, au vu de la spécificité du public.

La plate-forme des soins palliatifs de Liège a, quant à elle, développé un outil méthodologique relatif à une démarche qualité (« les 6 étoiles vers la qualité ») dont la transposition, moyennant adaptation, constitue une base de réflexion pertinente.

4. Organiser un centre de référence spécifique dévolu au suicide en Wallonie

En articulation avec le centre de référence en santé mentale, il aura pour mission de soutenir et de concerter les acteurs dans une logique de cohérence pour optimiser la prévention et l'accompagnement des situations de suicide en général, de suicide des personnes âgées en particulier.



Synthèse des recommandations

Les Médias :

- Informer et sensibiliser les médias à l'impact de la communication de masse sur le suicide.

La formation du secteur médical :

- Inscrire une formation spécifique dans le cursus des médecins généralistes ;
- Organiser une « formation continue » des médecins généralistes en activité.

La formation du secteur social :

- Inscrire dans le cursus de formation de base des aides familiaux et du personnel soignant des formations spécifiques ;
- Inciter les services d'aide à domicile et les maisons de repos à inscrire dans leur programme de formation continue du personnel les mêmes formations ;
- Inciter les services d'aide à domicile et les maisons de repos à questionner la thématique du suicide chez les personnes âgées dans le cadre des réunions d'équipe ;
- Sensibiliser le personnel des maisons de repos et de soins à cette thématique via le médecin coordinateur ;
- Veiller à la mise en œuvre concrète des projets de vie élaborés par les maisons de repos ;
- Développer les services qui permettent de rompre avec l'isolement des personnes âgées ;
- Développer les formes de logement alternatif pour les personnes âgées, tant dans le cadre des compétences de l'Action sociale que dans celles du Logement.

La concertation :

- Valoriser, assurer la visibilité et coordonner les ressources ;
- Renforcer la collaboration institutionnelle et la concertation clinique entre les secteurs, en y incluant les aidants proches ;
- Renforcer et pérenniser les ressources disponibles et identifier les « bonnes pratiques » ;
- Organiser un centre de référence spécifique dévolu au suicide en Wallonie.



É C H A N G E S

ECHANGES AVEC LES PARTICIPANTS⁶

(1) Responsable d'un service d'aide et de soins à domicile.

Une réflexion et une question...

Une réflexion parce que je suis un peu interpellée. Ce matin, plusieurs des orateurs nous ont quand même parlé du droit au risque, du droit au choix et je me demandais si le fait d'avoir complètement occulté ce choix ultime d'une personne de décider de mettre fin à sa vie n'est pas significatif d'une image que notre société (et nous) a(vons) du suicide... mais c'est une réflexion tout à fait philosophique ; ça m'interpelle !

Une question, plus pragmatique, à l'épidémiologiste : « Est-ce que l'on a une idée de la corrélation ou de l'absence de corrélation entre le nombre de personnes qui se suicident et le lien à une maladie, un handicap incurable ou à pronostic très sombre ? »

(2) Responsable d'une association de services de guidance et de santé.

J'ai entendu avec beaucoup de satisfaction les engagements des Ministres et vous comprenez que nous y souscrivons totalement.

Je voudrais apporter quelques remarques.

Dans l'axe médias, l'image que l'on donne de la personne âgée ou de cette tranche de la population au-delà de 65 ans devrait être plus positive et non pas exclusivement vue sous l'angle de la maladie. Les associations de personnes âgées l'ont fait mais tant le public que les médias pourraient davantage mettre cette dimension-là en valeur.

Dans cette même perspective, j'ai depuis quelques années essayé de rechercher des études sur les centenaires. Il y en a très peu. Regarder, se centrer sur les centenaires, c'est aussi essayer de découvrir la raison -les raisons- qui ont amené ces personnes au très grand âge. Je crois qu'il y a deux éléments essentiels : l'aspect génétique mais aussi la qualité de vie qu'elles ont eue jusque-là. Dans la qualité de vie, il y a la satisfaction mais il y a aussi l'environnement, c'est-à-dire que ces personnes ont toujours vécu dans un environnement riche et elles ont toujours pu prendre part à la vie et, cela, c'est vraiment un élément auquel il faut pouvoir

⁶ Chapitre rédigé sur base de la transcription des débats.



faire allusion : le sentiment d'appartenir à la vie et le sentiment d'appartenir à la société. Ce sont deux éléments que l'on retrouve de manière assez longitudinale. Donc, pour nous qui travaillons dans la santé mentale, c'est assez important. C'est une question d'identité et d'identification donc, c'est de l'éducation permanente mais c'est aussi du rôle du social et c'est aussi le regard que les professionnels posent sur cette catégorie d'âge. Voilà, c'est une remarque ; néanmoins, on pourrait mettre le focus sur le « valorisons et explorons, menons des études dans le champ des centenaires ». Il y a à retrouver de bons conseils en termes d'hygiène de vie.

Le 2^{ème} point, c'est pour renforcer une remarque qui a été faite aux suggestions d'alternatives aux maisons de repos. Je crois que nous avons effectivement intérêt, pour le bien-être des seniors (en lien avec la place qu'ils occupent dans la société et le sentiment qui y est associé) à trouver des solutions autres que, entre guillemets, des formules d'exclusions. Éviter les ghettos. Nous qui travaillons dans la santé mentale, nous savons les effets de l'institutionnalisation Il n'y a parfois rien d'autre, mais mettons l'accent sur toute forme d'alternative à l'institutionnalisation car c'est en soi un poids très lourd à porter, et pour la société, et pour les personnes. Je crois qu'elle est nécessaire mais mettons aussi l'accent sur les alternatives.

Je n'ai pas entendu parler du niveau de vie des personnes, or, je pense que le niveau de vie des personnes âgées est à prendre en compte dans la qualité de vie. L'accès aux soins aussi. Dans les années à venir, si on considère que 26% des seniors vont constituer la population en 2030, les revenus de ces personnes doivent être suffisants. Or, les 'revenus pensions' pour le moment ne le permettent pas. Je crois que nous devons attirer l'attention de nos responsables politiques sur cet élément car tout le reste va en découler.

(3) Psychogériatre en hôpital de jour.

Je voulais resituer le rôle important de l'hôpital, en l'occurrence, l'hôpital qui s'occupe d'accueillir le patient psychogériatrique et de le traiter, et de l'hôpital de jour puisque nous en avons un. J'aimerais resituer leur importance dans le dépistage, le diagnostic et le traitement des états morbides qui accompagnent les états suicidaires.

La 2^{ème} chose, pour répondre un peu à (1), moi, je considère que toute personne qui manifeste un désir de mort est d'abord à considérer comme une personne qui souffre, éventuellement peut-être d'un état dépressif, et donc qui est à traiter comme telle. J'ai souvent été confrontée à des personnes qui souhaitaient manifestement mourir mais qui le souhaitaient uniquement dans le cadre de leur



état dépressif et qui ne le souhaitent absolument plus une fois traitées. Il faut être extrêmement vigilant à ce niveau-là, mais il ne faut pas non plus être dans les extrêmes...

Madame demandait quelles étaient les maladies physiques qui étaient prépondérantes chez les personnes qui effectuent des actes suicidaires. J'avais fait une étude il y a quelques années et, apparemment, ce sont les maladies qui sont invalidantes et les maladies qui sont brutalement invalidantes. Exemple : quelqu'un qui devient aveugle brutalement à la suite d'un AVC, quelqu'un qui perd une autonomie après un accident vasculaire, des problèmes cardiaques ou pulmonaires qui entachent considérablement l'autonomie, la capacité à la marche, donc toute maladie qui survient assez brutalement comme un coup de tonnerre...

Alain Leveque, Epidémiologiste.

... Je vais peut-être directement embrayer là-dessus. On vient de donner quelques éléments de réponses (corrélation maladie/suicide). Je crois qu'il y a pas mal de publications sur le sujet... Les références d'un certain nombre de documents qui mettent en avant les principales pathologies qui peuvent peut-être mener de façon évidente vers l'acte suicidaire peuvent vous être transmises. Toute situation qui amène à l'aggravation et notamment à l'incapacité de faire des tâches de la vie quotidienne qui jusque-là étaient possibles peut évidemment mener à ces actes suicidaires. Il y a pas mal d'études épidémiologiques qui ont été faites sur le sujet.

Je voudrais faire une remarque également par rapport aux axes qui ont été proposés.

J'ai été assez sensible à l'axe qui est en lien avec la formation des médecins généralistes. Venant d'une université et étant impliqué notamment en faculté de médecine, c'est clair que c'est une recommandation intéressante mais je me pose pas mal de questions sur l'aspect de la faisabilité sachant notamment que la longueur de la formation médicale est plutôt en train de se raccourcir puisqu'on en est maintenant à un débat pour passer de 7 à 6 ans de formation. Donc, pour la place que je reconnais comme extrêmement importante de la formation médicale, je crois que ce n'est pas du tout évident d'arriver à modifier des programmes de formation dans les formations de base. Par contre, je crois qu'en formation continue, aller au-delà même de ce que l'on a présenté comme dépliant⁷ serait

⁷ En lien avec les recommandations portant sur la formation du secteur médical et notamment sur la publication d'une brochure à distribuer aux médecins généralistes de la Région bruxelloise avec appui d'un « délégué suicide ».



sûrement intéressant. Je serai assez attentif à l'évaluation de la démarche qui a été proposée sur la Région de Bruxelles d'avoir des « démarcheurs suicide » (c'est vrai que le terme est interpellant). J'ai l'impression que ce sont des choses qui peuvent avoir un impact notamment sur l'attitude des médecins généralistes par rapport à cela.

Peut-être aussi sur 'l'axe recherche', parce que je crois qu'on nous a renvoyé la balle. Avoir plus de connaissances sur les problématiques du suicide et les principaux facteurs de risque dans le contexte belge et notamment dans des contextes multiculturels – je prends l'exemple de Bruxelles -..., ce sont des choses qui sont encore trop peu connues à l'heure actuelle. Il faut savoir que nous, en tant qu'épidémiologistes, nous plaçons beaucoup pour la mise en place de suivis au cours du temps, c'est-à-dire pour essayer de retracer, au niveau des individus, des événements de vie. Les choses sont en train tout doucement de mûrir. Il y a notamment la mise en place de ce que l'on a appelé 'l'échantillon permanent' sur un certain nombre de bases de données et qui, je crois, répondra à pas mal d'interrogations sur : « Comment se fait-il que quelqu'un qui, à 45 ans semble tout à fait heureux de sa vie, en passant par 50-55 ans / 60 ans, en arrive peut-être à un moment donné ou un autre à la volonté de passer à l'acte ? » Je crois que ce continuum, avec le fait de retracer des événements de vie, nous apportera pas mal d'informations à ce niveau-là.

Un autre point qui n'a pas du tout été abordé dans les recommandations, mais qui l'est lorsque l'on aborde la problématique du suicide de façon générale, c'est l'accès aux moyens. On a mis en évidence que la pendaison est un moyen extrêmement important et fréquent. L'accès aux armes à feu n'est pas négligeable et je crois que, dans certains corps professionnels en tout cas, c'est une stratégie qui est développée. Je n'en ai pas entendu parler ici mais pour réagir à l'intervention de Madame, c'est vrai que, pour certaines personnes, il y a un moment donné de crise aiguë qui peut tout à fait s'arranger quand il y a une prise en charge adéquate. Si, au moment de la crise, le moyen est disponible, je pense que le passage à l'acte est réalisé avec les conséquences qu'on lui connaît. Cette question de l'accès aux moyens devrait peut-être être réfléchié aussi dans ces axes stratégiques.

Bernard Jacob, Président de séance.

Existe-t-il des études sur les centenaires pour faire le lien avec la remarque précédente ?



Alain Leveque, Epidémiologiste.

A ma connaissance, non, mais je ne suis pas un « spécialiste des centenaires ». Je voudrais renvoyer vers un collègue, Interniste-Gériatre, que j'ai croisé à la pause café et qui va certainement répondre à cette question.

(4) Interniste-Gériatre, Professeur de gériatrie à l'université et Vice-président d'une association de personnes âgées pour le soutien à l'étude du vieillissement.

L'association 'Pour le soutien à l'étude du vieillissement' part de ce principe-là : plutôt que d'étudier « les vieux malades », on doit étudier « les vieux en bonne santé » car c'est peut-être eux qui ont le secret du vieillissement réussi. Donc, avec 340 patients volontaires âgés, on a eu l'occasion de faire des études sur la mémoire, sur l'immunité qui diminue avec l'âge, etc. Il y a aussi, à Montpellier, Robine⁸ qui est un gériatre français qui a mené de très grosses études sur les centenaires notamment, entre autres sur le plan génétique, etc. Donc, je pense en effet que ce sont des voies de recherches en gériatrie que de s'occuper du vieillissement réussi. Tous ces volontaires que l'on voit, ce sont des personnes qui ont un vieillissement réussi mais surtout beaucoup d'interactions sociales. Ce sont des gens qui s'orientent vers les autres et c'est peut-être un des secrets aussi que de pouvoir bien manger, bien bouger mais aussi de pouvoir s'intéresser aux autres et de continuer à rester acteur d'une société : rester citoyen.

Dominique Maun, Représentante de Monsieur le Ministre Benoît Cerexhe.

Sur la question des moyens financiers des personnes âgées, on a volontairement fait le choix de ne pas en parler dans la mesure où ça ne fait pas partie des compétences ni communautaires, ni régionales mais on est bien au clair avec le fait que cela pose question et qu'effectivement, c'est une des choses qui doit être améliorée.

Par rapport au rôle de l'hôpital, je suis assez d'accord avec la position de C. Effectivement, l'hôpital a un rôle de technicien et d'aide au diagnostic par rapport au médecin généraliste qui est sur le terrain tant par rapport aux questions

⁸ Jean-Marie Robine est Directeur de Recherche à l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) à Montpellier (France) où il est responsable de l'équipe « Démographie et Santé » du Département de Biostatistiques, de l'Université de Montpellier 1, France. <http://www.demographie-et-sante.fr/index.php?option=personnel&pers=robine&langue=fr>



de dépression que pour les questions de démence et de début de démence. Je pense effectivement que la question de la concertation et du lien avec l'hôpital doit exister et que l'on pourra préciser sans doute l'une ou l'autre recommandation par rapport à cela en termes d'outils.

Un dernier élément sur l'accès aux moyens. On ne l'a pas abordé non plus parce que l'on constate que, chez les personnes âgées, les moyens sont souvent la pendaïson, la défenestration, un peu les armes à feu mais, par exemple, peu les médicaments... En institution et même à domicile, les personnes âgées sont cadrées par rapport à l'accès aux médicaments... Je me suis demandée s'il fallait recommander, proposer quelque chose mais comme on avait peu de moyens d'action sur la question de la pendaïson, de la défenestration, on ne l'a pas fait...

Nadine Gabet, Représentante de Monsieur le Ministre Emir Kir.

Je voulais dire, comme Madame Maun, que nous n'avons pas pris en compte la question des revenus puisque, effectivement, cela dépend du niveau fédéral. Une petite remarque aussi : comme d'autres, j'ai été interpellée quand on parle du respect du choix et de la liberté. Le suicide, c'est vrai, c'est souvent la dépression mais quand même, il faut rappeler qu'en Belgique, l'euthanasie a été légalisée et que donc, le suicide dans certaines conditions peut être une forme d'auto-euthanasie qui doit être respectée comme on peut respecter un choix d'euthanasie ; ce qui n'empêche pas d'avoir des mesures de prévention et de soigner des dépressions parce que je pense qu'en arriver à demander une euthanasie quand on est déprimé, c'est dommage alors qu'il y a moyen de la traiter !

En ce qui concerne le droit au risque, je voudrais rappeler, par exemple, que dans les maisons de repos, pour éviter le risque, on attache parfois les gens avec des mesures de contention. Donc, nous avons mis à Bruxelles des règles très strictes concernant les contentions, en disant qu'il vaut mieux que les gens courent le risque d'éventuellement tomber plutôt que d'être attachés.

(5) Psychologue clinicien et neuropsychologue en hôpital universitaire.

Je vais ajouter de l'eau au moulin de la psychiatre qui est intervenue plus tôt. C'est Camus qui disait que le suicide est vraiment la seule question philosophique importante. Sauf qu'ici, par rapport à la question de la liberté du suicide chez les patients âgés qui commettent un acte de suicide, 85 à 90% avaient une pathologie psychiatrique sous-jacente. En particulier, les dépressions et dépressions bipolaires au cours desquelles on commet plus de passage à l'acte suicidaire que dans les dépressions unipolaires. D'autres pathologies psychiatriques aussi



comme l'alcoolisme ou les troubles anxieux, mais en proportion moindre par rapport à la dépression... Et puis, il y a des études qui démontrent qu'il y a une quantité de patients dépressifs qui ne commettent pas de passage à l'acte suicidaire. Certaines études tentent à dire qu'il y aurait un dysfonctionnement au niveau du métabolisme cérébral notamment sérotoninergique.

Il n'existe pas de gène du suicide identifié, trouvé en tant que tel, et puis le suicide pourrait aussi passer par la transmission des comportements agressifs. On a constaté chez les patients qui commettaient souvent des actes suicidaires qu'il y avait une bonne dose d'agressivité sous-jacente. Ca peut être aussi une loyauté inconsciente à une histoire familiale. Il faut savoir aussi, qu'après un passage à l'acte suicidaire, une relative euthymie est une période propice à une récurrence suicidaire et plus on a fait des tentatives de suicide, plus le risque de passage à l'acte est important.

On pourrait aussi dire que parmi les pathologies qui favorisent les tentatives suicidaires, il y a des maladies rhumatismales, donc des maladies chroniques comme vous en avez parlé tout à l'heure, les maladies neurodégénératives mais principalement au début de la maladie quand on a une préservation de ses facultés cognitives suffisante.

(6) Coordinateur d'une mission spécifique « Personnes âgées » en Service de Santé Mentale.

Bien sûr, nous sommes au premier plan en ce qui concerne le dépistage et l'accompagnement des personnes âgées et des intervenants au niveau du domicile, des maisons de repos voire de l'hôpital puisque plus de 90% de nos consultations se font dans le lieu de résidence de la personne. Tous ces déplacements demandent beaucoup de temps, beaucoup d'énergie, demandent aussi de nos collègues psychologues une différenciation de leur cadre thérapeutique qui n'est pas toujours facile à accepter. Et donc, les recommandations de Madame Karler sont déjà, pour la plupart, d'application dans notre façon de travailler, et ce dans les 3 services qui sont reconnus comme Centre de Santé Mentale avec mission spécifique « personne âgée » (ANA à Namur, le SSM de Malmédy et SAMRAVI à Louvain-la-Neuve), agréés par la Région wallonne. Je voulais juste souligner que cela demande beaucoup de temps, d'énergie et de moyens humains.

(5) Psychologue clinicien et neuropsychologue en hôpital universitaire.

Je voulais revenir aussi sur la question de l'hôpital comme maillon fort au niveau du dépistage pour dire qu'il n'existe pas dans la littérature scientifique d'outil ou



d'échelle qui puisse valider la probabilité de faire un passage à l'acte suicidaire. Par rapport à ça, en France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) a proposé des critères auxquels il fallait être sensible face à une personne âgée notamment.

La personne âgée ne manifeste pas la crise suicidaire de façon tout à fait classique, elle ne parlera pas nécessairement de ces idéations suicidaires. Elles ne sont pas toujours élaborées, ce n'est pas pour ça qu'il n'y en a pas du tout. Il faut faire attention lorsqu'il y a un refus alimentaire, lorsqu'il y a une perte de poids, lorsqu'il y a un désinvestissement de l'environnement, lorsqu'il y a une perte de plaisirs et d'intérêt pour les activités habituelles. Et puis, la personne âgée, pour se préserver, pour se prémunir d'une suspicion d'idéation suicidaire, va maintenir en apparence un pseudo investissement pour l'avenir. Ce n'est pas pour autant qu'elle n'a pas une idéation suicidaire. Donc, la clinique par rapport à la personne âgée est tout à fait atypique de ce que l'on pourrait voir chez l'adolescent et nécessite justement des formations continuées ou, dans le cadre des études médicales, une base suffisamment affinée pour pouvoir être au clair par rapport à tout ça.

(7) Directeur d'un Service de Santé Mentale et membre du groupe de travail 'Personnes âgées' d'une Plate-Forme de Concertation Psychiatrique.

Vous avez parlé, au niveau de la prévention du suicide, d'un acteur important : les médias. Ce n'est pas sur celui-ci que je voudrais me pencher quoi que je le connaisse assez bien.

Je voudrais parler du monde des entreprises. Ce n'est peut-être pas ici l'objet (de compétences) au niveau de la Communauté et de la Région, je n'en sais rien, mais c'est un acteur qui pourrait être important.

J'aurais voulu voir la place citoyenne que les entreprises -qu'elles soient publiques ou privées- pourraient prendre (ou que l'on pourrait leur donner en tout cas) au niveau de la prévention et de la préparation à la retraite.

C'est quelque chose que je sens en toile de fond quand on parle, comme tout à l'heure, de « Cap Retraite ». C'est quelque chose que j'ai eu la chance de voir faire il y a 25 ans de cela à Montréal et je crois quand même que les entreprises, où on passe quand même un certain temps de notre existence, ont à la prendre ou à l'assumer en termes de citoyenneté. Si des informations sont disponibles à ce sujet, cela m'intéresse. C'est peut-être aussi une piste de réflexion à mener au-delà du monde des médias.



Dominique Blondeel, Secrétaire nationale, Espace Seniors.

Une petite précision : nos ateliers « Cap Retraite » sont aussi proposés dans les entreprises. Quelques-unes d'entre elles sont demandeuses en effet...

Bernard Jacob, Président de séance.

Vous pouvez nous en dire un peu plus (sur le type d'entreprises) ?

Dominique Blondeel, Secrétaire nationale, Espace Seniors.

D'abord, l'Office National des Pensions, le Service Public de la Région de Bruxelles-Capitale et un Service Public Fédéral. Pour l'instant, nous intervenons donc essentiellement dans le secteur public mais nous allons proposer le module dans les grandes entreprises du secteur de l'assurance, du secteur bancaire, etc. Et voir si cela fonctionne.

Bernard Jacob, Président de séance.

Donc, il est rassurant d'entendre qu'il y a de bonnes pratiques Outre Atlantique mais qu'il y en a chez nous aussi...

Anne Jaumotte, Sociologue, Chargée de projets à l'UCP, Mouvement social des aînés et Membre de la Commission wallonne des aînés.

Je voudrais dire qu'à l'UCP aussi on a des ateliers, qui ne s'appellent pas « Cap retraite », mais qui en tout cas discutent de la période qui suit la vie professionnelle où on va se retrouver, où on risque de se retrouver, « sans rien » comme disent les gens.

« Que va-t-on faire de ce temps libéré tout d'un coup ? » ou, à l'opposé : « Comment va-t-on gérer cet agenda qu'on sent déjà très lourd et qu'il va falloir partager entre du temps pour soi et du temps avec son conjoint, un conjoint que, souvent, on va retrouver après 25 ans de séparation parce qu'on a chacun eu sa vie professionnelle et qu'on a partagé peu de choses au domicile, un conjoint avec lequel on va se retrouver 24h sur 24... Il y a aussi les petits-enfants et, souvent, on n'ose pas dire non. On accepte volontiers de s'occuper du premier et on oublie qu'il y en a 3, 4 ou 8 ou 9 autres qui vont arriver et que l'on va continuer à vieillir et que l'on n'aura plus nécessairement envie de s'en occuper... Il y a donc une série de questions importantes à gérer et à anticiper.



(8) Responsable d'un groupe 'Qualité de vie des aînés'.

Je suis responsable d'un groupe « Qualité de vie des aînés » d'un syndicat. Là, on est vraiment dans l'« après l'entreprise », puisque, au départ, ce sont d'anciens syndicalistes qui continuent à travailler sur le droit des aînés mais aussi sur les conditions de vie des aînés.

Je voulais intervenir sur un autre point. On a assez bien parlé des aidants. Je voudrais attirer l'attention sur le fait que les aidants familiaux sont souvent les plus jeunes des aînés puisque les personnes qui ont le plus besoin d'être accompagnées, ce sont les aînés de nos aînés, les « 80 ans et plus ». La génération qui leur vient en aide, ce sont souvent leurs enfants, que j'appelle dans mon jargon « les jeunes vieux » ; donc, des personnes qui sont souvent à la retraite mais qui, effectivement, ont encore un certain nombre d'activités et qui se retrouvent dans des situations que l'on vient de décrire : le travail au niveau du couple (qui parfois n'est pas facile) ; l'aide au niveau des générations plus jeunes (parce que l'on veut aider les enfants et les petits enfants) et la prise en charge des parents âgés. Je crois que dans l'ensemble des recommandations, on peut effectivement attirer l'attention sur les aidants. Ils sont là et on peut compter sur eux mais il faut aussi avoir un certain nombre d'attentions à leur égard pour ne pas « massacrer » cet aidant et veiller à prendre des mesures qui seront vraiment adaptées à cette jeune génération d'aînés qui se présente comme la « génération tampon ».

Emilie Bert, Aînée de l'UCP, Mouvement social des aînés.

Je constate souvent chez les aînés, sans aller jusqu'au suicide je crois, un certain déni ou un désengagement par rapport à la vie. « Qu'est-ce que je fais encore sur terre ? », « Pourquoi je suis encore là ? », « Pourquoi est-ce que je ne m'en vais pas ? », etc.

Par rapport à ma réflexion de tantôt sur la stimulation des aînés à une adaptabilité à vivre..., on est nulle part ..., et surtout en ce qui concerne par exemple les 4^{èmes} générations et peut-être les 5^{èmes} dont on a déjà parlé. C'est vrai que, spontanément, les centenaires ont eu une vie peut-être plus calme, peut-être plus dynamique, peut-être qu'il y a eu des attitudes de vie qu'on n'a pas encore beaucoup analysées et qu'il faudrait le faire, mais les personnes qui ont 75-80 ans et qui disent : « Pourquoi suis-je encore sur terre ? », comment peut-on les aider ? Quelles réflexions peut-on faire pour savoir : « Bon, qu'est-ce qui peut vous aider ? » ou « Que voulez-vous pour continuer à vivre dans une certaine sérénité et sans avoir le désir de quitter la terre, de quitter les vôtres... » ?



Ce que je constate aussi, c'est qu'il y a beaucoup d'âînés -j'en connais pas mal- qui entrent en maison de repos pour faire plaisir à leurs enfants.

Ils sont tristes, ils en ont marre mais, comme ça, les enfants seront tranquilles. Une tranche de la population ne laisse plus aux âînés une certaine possibilité de risques. Le risque de la contention, c'en est un aussi ! Tomber en maison de repos -on tombe aussi en maison de repos- ou tomber chez soi... -on tombe, alors qu'on dispose d'un système de télé-vigilance pour se protéger-? Mais qu'on laisse au moins la possibilité aux âînés de risquer un peu dans ce qu'il y a de vie et, peut-être bien que si on laissait une place au risque, il y aurait une autre attitude vis-à-vis de la vie.

Bernard Jacob, Président de séance.

Il faut plus interroger les personnes elles-mêmes ?

Emilie Bert, Aînée de l'UCP, Mouvement social des âînés.

Oui... mais bon, il faut rassembler toutes les expériences qu'il peut y avoir pour essayer de voir quelle attitude on peut avoir, quels moyens on peut employer, quelles mentalités, comportements on peut changer.

(4) Interniste-Gériatre, Professeur de gériatrie à l'université et Vice-président d'une association de personnes âgées pour le soutien à l'étude du vieillissement.

Je voudrais faire une petite intervention par rapport au risque et à la gestion du risque pour dire qu'en Belgique, il y a aussi un très beau programme pour le patient gériatrique dans les hôpitaux, également dans les hôpitaux gériatriques de jour. On peut faire des bilans des grands syndromes gériatriques comme l'altération de l'état général, la dénutrition, les troubles cognitifs mais aussi la dépression. Je pense que c'est un apport important et les pays limitrophes nous envient ce dispositif qui a été financé dans tous les hôpitaux.

Par rapport au risque, je pense aussi que la vie est un risque surtout après 80 ans et, en effet, moi, je suis de ceux qui revendiquent par exemple le droit à la chute. Donc, je dis aux plus jeunes d'entre nous que quand j'aurai 80 ans et que je chuterai, et bien, il ne faudra pas me placer pour ça. Vous avez raison, on fait plus de chutes à l'hôpital et dans les maisons de repos que l'on en fait chez soi. Par contre, ce que j'accepterais, c'est que l'on évalue les facteurs de risque, que l'on soigne éventuellement mon ostéoporose, quitte à ce que je prenne une télé-vigilance, comme ça, si je tombe, je ne passe pas toute la nuit par terre à la



maison, etc. C'est comme ça qu'il faut faire. L'évaluation gériatrique globale, qui est l'outil des équipes gériatriques pluridisciplinaires, permet d'évaluer le risque et puis, on discute avec le patient pour savoir comment il faut prendre le risque plutôt que d'être dans une société tout à fait sécuritaire. Je pense que la vie reste un risque. Je pense aussi que tous les débats de ce matin se sont focalisés essentiellement sur la qualité de vie et je voulais vous faire part d'un concept qui est : la qualité de vie individuelle.

Sur le plan médical, quand on regarde les bibliothèques américaines et les publications sur la qualité de vie, elles sont souvent liées à la santé ou bien aux médicaments. Ce qui nous intéresse, nous, en gériatrie, et c'est important pour tous ceux qui s'occupent des personnes âgées, c'est en fait le concept de qualité de vie individuelle.

Il y a deux grands spécialistes de ce type d'évaluation : Joyces qui travaille à Dublin et un autre : Campbell qui travaille à Londres. Ils ont demandé à des personnes âgées de scorer, de 0 à 100, par des échelles, la qualité de vie dans les divers domaines de la vie. Il y a bien entendu le domaine médical (moi, c'est à ça que je passe mon temps : les problèmes médicaux des personnes âgées) mais il y a aussi une qualité de vie sociale, parfois encore professionnelle, associative, gastronomique, sexuelle, spirituelle, philosophique, etc.

Et donc, ils ont scorés tout ça de 0 à 100, et puis ils ont mis tout ensemble. Mais ce n'est pas ce qu'il fallait faire parce que, évidemment, la qualité de vie, c'est subjectif. Il n'y a pas d'étalon de la qualité de vie, alors, ce qu'ils ont fait, c'est de demander aux personnes âgées de pondérer elles-mêmes ces données et on peut faire l'exercice aujourd'hui. Qu'est-ce qui, au fond, est le plus important pour vous dans votre qualité de vie ? Est-ce que c'est le domaine médical, social, gastronomique, religieux, etc. ?

Pas de chance pour moi qui suis gériatre et pour toute mon équipe : leur qualité de vie médicale, c'est ce qu'ils ont mis en queue de peloton. Ils s'en étaient accommodés de leurs petits bobos, de leurs rhumatismes, etc.

Ce qu'ils avaient mis en premier, c'était la qualité de vie affective, sociale et relationnelle. Je pense que c'est vraiment ça qui nous guide dans la prévention du suicide. Je pense que le problème est réellement un problème de société. Le grand problème des personnes âgées à Bruxelles, c'est la solitude et c'est pour ça, je pense, qu'il ne faut pas être trop manichéen par rapport aux institutions qui font parfois du très, très bon travail.

Je connais des personnes âgées qui revivent depuis qu'elles sont en institution et pourtant, ça fait 3 ans qu'avec des ergothérapeutes, on avait mis tout en place



pour qu'elles puissent encore vivre à la maison mais elles étaient entre leurs 4 murs tandis que dans le home, dans l'institution, elles ont vu des gens et elles ont revécu parce que vivre, c'est une activité sociale.

(9) Coordinateur d'un projet de réseaux et circuits de soins pour la personne âgée.

Moi, je voulais simplement insister sur le travail à effectuer en amont, notamment par rapport au respect de l'autonomie des personnes âgées, de nos aînés.

Ce travail-là, il doit être fait au niveau individuel. On a parlé tout à l'heure de la concertation pluridisciplinaire autour de l'usager. C'est un moyen intéressant pour garantir et faciliter cette autonomie en plaçant notamment l'usager ou la personne âgée au centre de la réunion et en partant de ses désirs et de son souhait pour construire le plan de soins. Cette autonomie doit aussi être travaillée à un niveau institutionnel. On voit des associations d'usagers qui sont en train, notamment dans le secteur de la santé mentale, de prendre place. En maison de repos, nous avons nos Comités de résidents qui ont un rôle plus ou moins important en fonction des institutions. Je pense que nous devons poursuivre dans cette voie-là dans les milieux hospitaliers mais aussi dans tous les milieux extra muros ainsi qu'au niveau politique et continuer à associer nos aînés à la réflexion par rapport à ces différents domaines. Je terminerais en rajoutant simplement qu'une des particularités sémiologiques de la dépression chez les personnes âgées, c'est le sentiment d'inutilité.

(10) Membre d'une association d'usagers.

Je représente un certain nombre de personnes qui ne savent plus rester à domicile.

La liberté de choix de mettre fin à leurs jours n'est pas possible en maison de repos. Elles sont protégées physiquement mais cela ne veut pas dire que tout va bien au niveau de la qualité de vie.

Est-ce que dans les maisons de repos, il peut être envisagé d'avoir le choix de la nourriture, par exemple ? Je pense que cela fait partie de la qualité de vie.

Les personnes n'ont pas toujours un attrait pour une activité culturelle. La priorité est effectivement souvent affective et sociale.

Bernard Jacob, Président de séance.

Je vous remercie pour ces interventions.

Je ne doute pas que les différents représentants des cabinets ministériels ont pris



des notes afin de compléter les recommandations, de transformer toutes ces remarques en bonnes pratiques et recommandations.

Comme on l'a dit dès le départ, cette matinée de travail fait partie d'un cycle de différentes rencontres. Ce n'est pas terminé, c'est un sujet qui est en chantier. Il y a encore beaucoup de choses à dire et à construire, on l'a entendu.

Vous rappeler aussi que ce sont 4 cabinets ministériels qui travaillent ensemble. Ceci me permet, pour les conclusions, de passer la parole à Madame Maun et à Madame Gabet, l'une représentant Monsieur le Ministre Benoît Cerexhe, Membre du Collège de la Commission Communautaire française en charge de la Santé, de la Fonction publique et de la Formation des classes moyennes, et l'autre, de Monsieur le Ministre Emir Kir qui est aussi Membre du Collège de la Commission communautaire française, chargé de la Formation professionnelle, de la Culture, du Transport scolaire, de l'Action sociale, de la Famille, du Sport et des Relations internationales.



C O N C L U S I O N S

CONCLUSIONS

Nadine GABET

Représentante de Monsieur le Ministre Emir Kir, Membre du Collège de la Commission communautaire française, chargé de la Formation professionnelle, de la Culture, du Transport scolaire, de l'Action sociale, de la Famille, du Sport et des Relations internationales.

Mesdames, Messieurs,

Je voudrais tout d'abord vous prier d'excuser Monsieur le Ministre Emir KIR qui, retenu par d'autres obligations, n'a pas pu nous rejoindre ce jour, mais m'a chargée de le représenter auprès de vous.

Clôturer une table ronde sur le thème du suicide chez les personnes âgées, n'est pas facile !

Comme plusieurs intervenants l'ont dit, ce thème nous confronte de plein fouet aux questions existentielles que sont la mort et la vieillesse, et donc au sens de la vie, au sens de notre propre vie.

Le vieillissement est un phénomène inéluctable qui, sauf accident ou décès « prématuré », nous attend tous.

Il s'accompagne, pour tous, de phénomènes physiques ou psychiques qui peuvent être qualifiés de « pertes » diverses : maladie et perte de santé, perte d'audition ou de vision, perte de mobilité, de force, perte ou prévisions de perte des capacités intellectuelles.

A ces pertes « personnelles » s'ajoutent aussi les pertes affectives comme le veuvage, le décès des amis et contemporains et la perte de reconnaissance sociale liée à l'arrêt des activités professionnelles ou extra-professionnelles ou à une éventuelle dépendance.

L'image de la vieillesse ressemble fort à un tableau sombre...

Si l'on ne peut nier la réalité de ces phénomènes, on peut cependant s'interroger sur cette vision du vieillissement principalement axée sur ses aspects négatifs, et ignorant la richesse que peut aussi être le fait de vieillir :



- L'expérience acquise au cours de la vie ;
- Une sagesse parfois ;
- La mémoire du passé, plus ou moins proche ou lointain ;
- Et l'intérêt de cette mémoire du passé pour mieux comprendre le présent et préparer l'avenir.

Comme l'ont relevé les intervenants de ce jour, notre société occidentale actuelle privilégie l'efficacité, l'action, le « faire » avant l'être.

Quel sens dès lors, pour une telle société, peut encore avoir la vie de celui ou celle qui ne peut plus « faire » les choses, mais se contente « d'être » ?

Cette culture de l'action et de l'efficacité, liée au jeunisme de plus en plus répandu, explique aussi le malaise que ressentent beaucoup de professionnels lorsqu'ils sont confrontés à la vieillesse, aux questions sur le sens de la vie ou à des paroles exprimant un désir de mort.

Ce n'est donc pas sans raison que les recommandations proposées concernent d'abord des formations sur l'écoute, sur les attitudes à privilégier par les professionnels confrontés à l'expression d'un désir de mort, mais aussi une sensibilisation de tous à la problématique du suicide des personnes âgées et donc une invitation à s'interroger sur le sens que chacun de nous veut donner à la vie, la nôtre comme celle des autres.

Mener une politique, ce n'est pas philosopher ni définir pour les autres le sens qu'ils doivent donner à leur vie.

La politique, c'est la gestion de la cité, dans le but de promouvoir son fonctionnement le plus harmonieux possible et donc de mettre en place les conditions nécessaires pour permettre à chacun de s'y sentir bien, pour y être heureux, en respectant les grands principes que sont la justice et l'équité, la liberté, l'égalité et la solidarité.

La politique ne peut donc faire l'impasse sur la philosophie et, bien que se devant d'être efficace, efficiente et économe, ne peut ignorer les questions qui viennent d'être abordées.

L'histoire nous apprend les risques que nous courons lorsque le monde politique prend une option philosophique qui nie la valeur de la vie de ceux qui ne correspondent pas ou plus à ses critères d'efficacité ou de santé...

Rappelons-nous les massacres « eugéniques » perpétrés par les nazis.

Restons donc attentifs !



La politique n'est cependant pas omnipotente et ne peut, à elle seule, éradiquer la souffrance ou la maladie et prévenir tous les aléas de la vie.

Mais elle peut et doit veiller à assurer les meilleures conditions de vie pour le plus grand nombre, en veillant prioritairement aux plus fragiles, aux plus démunis.

Les leviers d'action en matière sociale sont, comme nous l'avons déjà vu, la sensibilisation et la formation, mais aussi le développement de services d'aide aux personnes, afin de lutter contre l'isolement, cause fréquente de perte du goût de vivre.

Les recommandations proposées vont dans ce sens et doivent être mises en œuvre.

Une partie de la population âgée se trouve dans des structures d'hébergement réservées aux personnes âgées.

Ces structures, dont les plus connues et les plus fréquentes sont les maisons de repos, ont fortement évolué au cours des dernières années.

L'asile pour vieillards qui existait il y a 50 ans a quasiment disparu, au profit de maisons plus soucieuses du bien-être des résidents, de leur participation à la vie de la maison comme à la vie de la société.

Les projets de vie, la qualité, sont devenus incontournables dans ces maisons.

Mais une surveillance reste nécessaire pour que ces concepts soient partout mis en œuvre et ne restent pas parfois de beaux mots dans un dossier d'agrément...

L'élargissement de la diversité de l'offre en matière d'hébergement peut également contribuer à accroître le bien-être des personnes âgées et par là à diminuer les risques de suicide.

Mesdames, Messieurs, il ne me reste plus qu'à vous remercier toutes et tous pour votre participation à la table ronde de ce jour et à vous assurer que les recommandations qui ont été faites aujourd'hui ne resteront pas lettres mortes.



Dominique MAUN

Représentante de Monsieur Benoît CEREXHE, Membre du Collège de la Commission communautaire française, chargé de la Santé, de la Fonction publique et de la Formation des Classes moyennes.

Nous avons pu constater, au cours de la matinée, combien les valeurs portées par notre société ont des impacts sur l'envie de vivre et dès lors sur le recours au suicide. J'y reviens juste un instant en citant une réflexion faite en son temps par Axel Geeraerts dans le cadre du Colloque de 2008 du Centre de Prévention du Suicide :

Il est identifié dans notre culture deux courants de pensée à propos du sens de la vie, de la souffrance et de la mort.

Le premier, le plus évident, fonde la dignité humaine et le sens de la vie sur l'autonomie de l'homme assortie de ses capacités de raison. Cependant, sa limite apparaît lorsqu'elle doit donner sens à la maladie, au handicap, aux souffrances que l'on ne peut éviter. La perte d'autonomie qu'entraînent tous ces états risque toujours d'être vécue comme la perte d'une dignité humaine contre laquelle ne s'offre qu'une attitude plutôt stoïcienne. De plus, cette philosophie pousse plus vers l'individualisme que vers la solidarité affective.

Le second courant identifié dans notre culture fonde la dignité humaine sur l'échange relationnel de type affectif entre les humains. De ce point de vue, c'est le sentiment d'intérêt, d'estime reçue des autres, qui nourrit le sentiment de la dignité humaine. La dignité y apparaît comme une création relationnelle plutôt que comme le résultat d'une capacité rationnelle.

Ces deux options ne sont pas nécessairement en opposition mais l'expérience montre cependant que beaucoup ont tendance à privilégier soit un pôle, soit l'autre.

Quant au suicide, la première option soulignera le droit de chacun de disposer de sa vie tandis que la seconde y verra plus volontiers un appel à l'aide, une demande de valorisation relationnelle.

Nous avons fait le pari, au niveau politique, qu'avoir envie de mourir quand on vieillit n'est pas inéluctable.

Comme le soulignait Yolande Husden, représentante de Madame la Ministre Fadila Laanan : agir de manière générale sur la prévention du suicide nécessite des actions à trois niveaux : Par rapport à la population générale, par rapport à cer-



tains publics cibles et par rapport aux personnes ayant déjà tenté de se suicider. Les recommandations, proposées et discutées ce matin ensemble, touchent ces trois niveaux.

En matière de soins de santé, nous avons particulièrement pointé le rôle essentiel du médecin généraliste et la nécessité de l'aider à répondre le plus adéquatement possible aux personnes âgées.

Nous avons bien noté qu'il y a lieu de faire le lien avec le lieu qu'est l'hôpital et les capacités de diagnostic que celui-ci permet.

Nous avons également souligné l'importance du soutien de l'aide à domicile et de l'hébergement et, d'une manière plus macro, nous avons pointé le rôle essentiel des médias et l'importance du travail en réseau.

Lors de la discussion avec vous, nous avons entendu qu'il fallait aussi pointer la question du niveau de vie même si ce n'est pas directement dans nos compétences ; le rôle de l'hôpital : j'en ai parlé ; le rôle de l'entreprise. C'est vrai que nous ne l'avons pas évoqué mais pourquoi pas ? En tout les cas, le Ministre Benoît Cerexhe y sera sensible compte tenu de ses compétences en économie et le lien qu'il souhaite faire entre la santé et le travail.

Il a également été question du droit au risque et donc, par rapport à cela se pose tout le problème de la continuité des soins et de l'aide, qu'elle soit complète dans la durée de l'accompagnement. Une intervention pointait le fait que la question de coordination de l'aide et des soins posait encore problème...

Le travail va continuer pour nous. Nous allons reprendre tout ça en groupe de travail et avec nos experts et tenter véritablement de mettre en œuvre toutes ces recommandations.

Je voulais remercier tous les participants à cette table ronde. Remercier en particulier tous les experts qui ont pris beaucoup de temps pour travailler ce sujet. Je me permets de faire un petit clin d'œil à mes collègues des autres cabinets. Nous avons fait du bon boulot ensemble et j'espère qu'il se poursuivra avec l'assentiment de nos Ministres.

Je vous remercie.



M A T I È R E S

TABLE DES MATIÈRES

Ouverture de la séance	3
La question du suicide chez les aînés	5
La « Prévention du suicide chez les personnes âgées »	11
De la vie à l'envie de vivre	15
De la vie à l'envie de vivre... ..	15
Produire de la qualité de vie... ..	18
Témoignage.....	19
L'épidémiologie des suicides chez les aînés.....	21
Données sur le suicide chez les personnes âgées.	23
Des facteurs de risque de suicide	26
Dispositifs préventifs et socio-sanitaires	29
Le suicide des personnes âgées : une réalité cachée	29
Introduction.....	29
Rappel des chiffres	30
Une population particulièrement à risque ?.....	30
La place des personnes âgées	32
Que faire ?	33
Exemples d'initiatives menées par le Centre de Prévention du Suicide	35
En guise de conclusion	38
Aperçu des dispositifs préventifs et socio-sanitaires en Wallonie	39
Dispositifs mis en place par Espace Seniors pour lutter contre les troubles dépressifs chez les personnes âgées	44
Introduction	44
Les projets d'Espace Seniors	45
Conclusion	49
Recommandations provisoires	51
Recommandations provisoires axées sur les médias	51
Recommandations provisoires axées sur la formation du secteur médical.....	53
Recommandations provisoires axées sur la formation du secteur social (résidentiel et non résidentiel).....	54
Recommandations provisoires axées sur la concertation comme levier d'une préven- tion sélective et indiquée	55
Synthèse des recommandations	58
Echanges avec les participants	59
Conclusions	73

