


Pistes d'intervention

- ➔ Être attentif aux signes de dépression et envisager une évaluation plus approfondie par un professionnel pouvant poser un diagnostic si nécessaire.
 - ➔ Faire preuve de sensibilité envers les besoins actuels de la personne âgée, en tenant compte de ses croyances, de ses valeurs et de ses coutumes spécifiques.
 - ➔ Observer comment la personne âgée fait face à ses peurs et à ses pertes.
 - ➔ Renforcer les stratégies d'adaptation orientées vers la vie et valoriser l'expérience passée.
 - ➔ Favoriser un sentiment d'appartenance en s'engageant avec un groupe ou un intervenant pour contrer l'isolement et les effets des multiples pertes.
 - ➔ Explorer toutes les options et les ressources accessibles au sein de la famille et des ressources communautaires de prévention du suicide et encourager les échanges mutuels et d'autres formes de soutien affectif.
 - ➔ Aider la personne à développer des stratégies lui permettant de retrouver le sentiment que sa vie a un sens et de son importance pour sa famille ou la collectivité.
 - ➔ Évaluer la douleur chronique et veiller à un soulagement adéquat par des approches pharmacologiques et non pharmacologiques.
- ➔ En collaboration avec la personne aînée :
 - vérifier, avec l'aide des proches, l'accès à des moyens de s'enlever la vie dans le domicile, tels que la présence d'armes à feu ou une quantité importante de médicaments, et les retirer.
 - s'assurer qu'elle ne dispose que des médicaments prescrits et en vente libre dont elle a besoin et retirer les surplus.
 - ➔ Établir des accords avec la pharmacie pour délivrer les médicaments plus fréquemment et en plus petites quantités en cas de doute sur le risque suicidaire.
 - ➔ Encourager l'utilisation d'un pilulier.

Adaptation du dépliant de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.

**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue**

Québec 



Le risque
suicidaire
chez les
personnes
âgées

Québec 

Comprendre les particularités

Dans les **années 2000**, le taux de suicide chez les aînés de **75 ans et plus** était élevé¹.

Selon un rapport canadien de **2010**, ce sont les **hommes de plus de 85 ans** qui présentent le taux de suicide le plus élevé, avec **29 cas pour 100 000**.

Années 2000
75 ans et plus ↑

Années 2010
♂ 85 ans et plus
29 cas sur 100 000

- Avec le vieillissement de la population, le nombre de suicides dans cette tranche d'âge devrait augmenter au cours des prochaines années².
- Le désespoir et la dépression chez les aînés sont des sentiments souvent banalisés dans la population de même que par les aînés eux-mêmes, ce qui peut accroître le risque de suicide dans ce groupe d'âge³.
- Les aînés vivent souvent seuls, limitant les possibilités d'obtenir de l'aide. De plus, les méthodes qu'ils utilisent pour mettre fin à leurs jours sont généralement plus mortelles⁴.
- En raison de leurs croyances religieuses, des conventions sociales ou de leur éducation, les aînés sont moins susceptibles d'exprimer leurs idées suicidaires⁵.

- Le besoin de contrôle, la diminution des mécanismes d'adaptation au changement et un réseau social peu développé réduisent les probabilités de dépistage chez ces personnes⁶.
- Il est primordial que toute personne en contact avec les aînés soient sensibilisées aux signes avant-coureurs de la détresse psychologique et des idéations suicidaires⁷.
- Il est important de se rappeler que la majorité des aînés qui se sont suicidés avaient consulté leur médecin de famille peu de temps auparavant pour des problèmes physiques⁸.

¹ Cattell et al., 2000.

² CCPSMPA, 2006; Wiktorsson, 2010.

³ Éthier, 2014.

⁴ Éthier, 2014; Conwell & Cailting, 2008; De Leo et al., 2001; Mc Intosh, 1985.

⁵ CCPSMPA, 2006.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Fortinash & Holoday Worret, 2016.

Les facteurs suivants sont plus spécifiques aux risques de conduites suicidaires chez la personne âgée⁹ :

- la dépression majeure;
- les troubles cognitifs qui entraînent une désinhibition (incapacité de retenir un comportement inapproprié ou indésirable) ou de l'impulsivité (agir de façon incontrôlée et non réfléchie);
- les maladies chroniques, les handicaps physiques, et la dépendance dans les activités de la vie quotidienne associée à certains problèmes, ainsi que la douleur chronique¹⁰;
- l'abus et le mauvais usage de médicaments;
- un intérêt ou désintérêt pour la spiritualité ou la religion;
- l'accumulation de pertes (perte du conjoint, perte du réseau social, notamment d'amis, de confidents, de relations ou d'un rôle dans la société, d'un travail (retraite), perte d'estime de soi et de l'auto-efficacité, perte d'autonomie et de capacités physiques, présence de conflits liés à la violence familiale envers les aînés);
- le veuvage, particulièrement chez les hommes;
- l'anticipation d'un déménagement dans un centre d'hébergement;
- les difficultés ou l'incapacité à demander de l'aide.

⁹ Éthier, 2014; Fortinash & Holoday Worret, 2016; Richard-Devantoy, 2012.

¹⁰ Cornwell et al., 2011.

