

# BIOETHICS MATTERS ENJEUX BIOÉTHIQUES

Février 2012

Volume 10, Numéro 2

## Le suicide chez les aînés

*Moira McQueen, LLB, MDiv, PhD*

La question soulevée par la légalisation possible de l'euthanasie et du suicide assisté d'un médecin (SAM) ne tient pas toujours compte du taux actuel de suicides chez les aînés. Au Canada, les statistiques démontrent une augmentation du nombre de personnes âgées qui s'enlèvent la vie. Une recherche démontre qu'une majorité de ces suicides sont commis par des personnes dépressives. Il semble donc évident qu'il faut faire davantage pour vaincre la dépression. Il importe aussi de s'informer pour savoir comment reconnaître les symptômes de la dépression, et les mesures à prendre pour la contrer.

Il y a des implications non seulement en matière de prévention du suicide, mais aussi en matière du rôle que joue la dépression chez les personnes qui demandent l'euthanasie ou le SAM. On soupçonne avec raison que plusieurs personnes qui exigent une telle fin sont en fait dépressives, et que le traitement de la maladie mettrait fait au désir perçu de mettre fin à leurs jours. Ceci ne veut pas dire que les personnes dépressives sont seules à demander l'euthanasie ou le SAM, mais elles sont celles qui pourraient profiter de la disponibilité de ces pratiques, s'il advenait qu'elles soient légalisées, même s'il est évident que ces gens ne sont pas parfaitement sains d'esprit. Voilà pourquoi plusieurs craignent les dangers de telles pratiques.

### SUICIDE CHEZ LES AÎNÉS

Dans leur article « Le suicide et le troisième âge : une tragédie de négligence, » les auteurs Duckworth et McBride mentionnent que : « La prévention du suicide chez les aînés a reçu peu d'attention, malgré des taux de suicides plus élevés chez les hommes âgés. Environ 90% des personnes âgées qui tentent de se suicider ou y parviennent souffrent de troubles mentaux, habituellement la dépression, qui bien souvent n'ont pas été traités de manière adéquate. D'autres facteurs

s'ajoutent à cela et qui peuvent être traités comprennent la douleur, le deuil, la solitude, l'alcoolisme et le stress de l'accompagnateur/fournisseur de soin. Peu de suicides chez les personnes âgées surviennent dans le contexte d'une maladie en phase terminale et peuvent être considérés « rationnels. » Il est nécessaire d'implanter des programmes d'éducation afin d'améliorer la reconnaissance et le traitement de la dépression aux niveaux des soins de base.<sup>1</sup>

L'Association américaine des psychologues (APA) a publié un document au sujet des liens entre la dépression et le suicide chez les personnes âgées, nous rappelant qu'il s'agit de deux enjeux importants de santé publique.<sup>2</sup> Bien qu'elle soit soignable, la dépression demeure l'un des troubles mentaux les plus communs chez les aînés.

Un autre souci est que ceux et celles qui entre dans le troisième âge, les baby-boomers, souffrent de troubles dépressifs à des taux beaucoup plus élevés que les générations précédentes. On n'a pas encore clairement compris les raisons de ces changements. La dépression tend également à réapparaître chez ses personnes qui, plus âgées, utilisent les services de santé plus fréquemment et ne prennent pas soin d'elles aussi bien que leurs pairs qui ne sont pas dépressifs. La dépression est statistiquement associée au suicide : les personnes plus âgées ont le plus haut taux de suicide, tout groupe d'âge confondu, et en particulier les hommes âgés.

Une étude canadienne révélait en 2005 qu'environ 12/100 000 individus âgés de 65 ou plus meurent par suicide annuellement au Canada.<sup>3</sup> L'étude souligne que le suicide est plus courant chez les hommes âgés de race blanche. On y dénote certains facteurs de risque spécifiques : « comportement ou idée suicidaire, maladie mentale, vulnérabilité de la personnalité, maladie physique, pertes et manque d'appuis, déficience fonctionnelle, faible résilience. »

On ajoute qu'il faut poursuivre les recherches quant au risque et à la résilience, et sur l'efficacité des évaluations cliniques et des interventions pour les personnes âgées à risque.

Duckworth et Mc Bride ont étudié des dossiers de coroners, des rapports d'autopsies et de police pour des victimes de suicide âgées de 65 ans ou plus en Ontario sur trois ans qui démontrent que : « Plus de 80% des aînés qui se sont suicidés n'avaient jamais eu une référence psychiatrique. De cet échantillon, 87% n'ont pas été traités alors que seulement 13% ont reçu des antidépresseurs. »<sup>4</sup> Ils ont trouvé que les femmes avaient trois fois plus de chance d'être traitées que les hommes, et celles et ceux qui voient un psychiatre avaient quatre fois plus de chance d'être soignés avec des antidépresseurs que ceux et celles qui voient un médecin de famille. Ces découvertes suggèrent qu'une évaluation géronto-psychiatrique et un traitement vigoureux peuvent prévenir plusieurs suicides chez les aînés.

Dans cette même ligne, le guide de l'APA suggère : « Plusieurs traitements efficaces sont disponibles pour la dépression gériatrique mais semblent être sous-utilisés. La pharmacothérapie et d'autres formes de psychothérapies, dont la thérapie de groupe, la psychanalyse, les thérapies analytiques, comportementales et cognitives, réduisent considérablement les symptômes de la dépression. Fait intéressant, lorsqu'ils ont une description détaillée de ces traitements, des personnes plus âgées, des groupes d'appui et des « retours sur sa vie » ont également reçu un appui.»<sup>5</sup>

Une autre étude sur la dépression chez les aînées a découvert que l'on peut contrer certains facteurs de risque par des facteurs protecteurs tels : « une éducation et un statut économique supérieurs, l'implication dans des activités qui mettent en valeur la personne et l'engagement religieux ou spirituel. »<sup>6</sup> Les auteurs soulignent que les thérapies mentionnées plus hauts sont efficaces mais sont trop peu utilisées auprès des personnes âgées.<sup>7</sup> Des études montrent que les personnes les plus âgées qui se suicident voient leur médecin dans les mois précédents leur mort et plus du tiers dans la semaine de leur suicide. Partageant la conclusion d'autres études à l'effet que « ... des patients du troisième âge au prise avec une dépression sévère, un manque d'appui social et un

passé de tentatives sérieuses de suicide ont un fort potentiel pour commettre un suicide, » les auteurs insistent sur l'importance d'une évaluation fiable du risque de suicide chez ces adultes.<sup>8</sup>

Ces mêmes facteurs sont d'importants indicateurs de gens qui pourraient rechercher le suicide assisté d'un médecin ou l'euthanasie. Les auteurs ont découvert que « les aînés dépressifs et mêmes ceux avec des pensées suicidaires étaient, de manière significative, plus intéressés au suicide assisté et à l'euthanasie que des aînés non-dépressifs dans des situations hypothétiques semblables.»<sup>9</sup>

## QUE PEUT-ON FAIRE ?

Un rapport du parlement canadien publié en novembre 2011 comportait une section consacrée au suicide et notait ceci de la part de l'un de ces contributeurs :

Les mesures de prévention du suicide au Canada demeurent fragmentées, décousues et dépourvues d'une vision nationale. Les lignes directrices des Nations Unies énuméraient tous les éléments possibles d'une stratégie, et les pays avaient toute latitude pour faire leur choix; au moins, ils avaient une idée globale et pouvaient façonner chacun leurs parties. Au Canada, nous n'avons pour commencer que les parties éparses des provinces ou des régions et nous ne savons pas où elles s'insèrent dans la vision d'ensemble.<sup>10</sup>

Ceci est peut-être vrai, mais d'autres juridictions ont fait des recommandations dont le Canada pourrait bénéficier. Par exemple, le Département américain des chirurgiens généralistes a émis une longue liste de signes précurseurs de la dépression et de facteurs de risque pouvant mener au suicide, y compris ceux qui affectent les aînés.<sup>11</sup>

Le rapport souligne que : « Comprendre les facteurs de risque peut dissiper les mythes à l'effet que le suicide est un geste fortuit ou le simple résultat du stress. Certaines personnes sont particulièrement vulnérables au suicide et à l'automutilation menant au suicide parce qu'elles souffrent de plus d'un trouble mental, comme la dépression et l'abus d'alcool. Elles peuvent également être très impulsives et/ou agressives, et utiliser les méthodes les plus meurtrières pour tenter de se suicider. »<sup>12</sup>

Des interventions, comme un traitement efficace contre la dépression, peuvent réduire l'impact de certains facteurs de risque. Les facteurs qui ne peuvent être changés, comme des tentatives de suicide précédentes, peuvent alerter l'entourage d'une personne face au risque élevé de récurrence lors d'abus de substances ou de troubles mentaux récurrents, ou suite à un événement qui a causé un grand stress.

La liste des facteurs de risque va comme suit:

- Tentatives de suicide passées
- Trouble mentaux – en particulier des troubles comme la dépression et les troubles bipolaires
- Troubles mentaux accompagnés d'abus d'alcool et de substances nocives
- Antécédents de suicides dans la famille
- Désespoir
- Tendance impulsive et/ou agressive
- Difficultés d'accès à des soins en santé mentale
- Pertes aux plans personnel, social, professionnel et financier
- Maladie physique
- Accès facile aux armes à feu et autres moyen meurtrier pour mettre fin à ses jours
- Refus de chercher de l'aide à cause des stigmates liés aux troubles mentaux et l'abus de substances et/ou idées suicidaires
- Influence de personnes importantes – membres de la famille, vedettes, amis qui sont morts par suicide – que ce soit par lien direct ou par une représentation inappropriée dans les médias
- Croyances culturelles et religieuses – par exemple, à l'effet que le suicide est une décision noble et relève d'un dilemme personnel
- Vague de suicides qui ont un effet contagieux
- Isolement, le sentiment d'être coupé d'autres personnes

Chacun de nous peut énumérer la plupart de ces facteurs si nous arrêtons de songer à ce qui prédispose les gens au suicide, ou, par ricochet, si nous cessons de demander le SAM ou l'euthanasie. À l'exception de l'accès aux armes à feu, bien qu'on ne puisse l'exclure complètement au Canada, ces facteurs prévalent malheureusement dans de nombreuses

sociétés. Le manque de capacité, de contrôle, d'accompagnement, de conscience spirituelle et du sentiment d'être utile, crises de confiance, de santé, de mémoire, et bien d'autres facteurs de risque ne sont que trop réels.

Il est toutefois possible d'aider et de traiter plusieurs de ces personnes, certains par médication et d'autres à travers la solidarité avec les aînés. Bien sûr, ceci exige que nous soyons solidaires, et que nous répondions à notre engagement chrétien. Les propos de la docteure Marnin Heisel de l'Université de Western Ontario nous éclairent à ce sujet :

« Mes collègues et moi avons constaté que les aînés qui trouvent un sens à la vie risquent moins d'avoir des idées suicidaires. Et ce bouclier de protection semble plus important chez les personnes qui ont des symptômes de dépression plus sévères. Il ressort de l'étude psychothérapeutique que nous avons menée auprès des aînés suicidaires qu'une intervention psychologique ciblée peut réduire de beaucoup, voire anéantir, les pensées suicidaires et les symptômes de dépression, et elle peut améliorer le sens donné à la vie, le bien-être et la vie en société. Il faut absolument mener d'autres recherches cliniques novatrices en vue d'élaborer et de mettre à l'essai de nouvelles mesures thérapeutiques pour les aînés. Il reste que le Canadien âgé moyen qui fait face à un problème de santé mentale aura du mal à obtenir les services recommandés auprès de professionnels de la santé mentale compétents. D'après les lignes directrices concernant les soins cliniques destinés aux aînés qui présentent un risque de suicide, des soins interdisciplinaires sont recommandés, incluant des services de psychothérapie et des médicaments au besoin; malheureusement, beaucoup d'aînés qui présentent un risque de suicide ne reçoivent jamais de tels soins et ne peuvent pas se prévaloir des services psychologiques recommandés. »<sup>13</sup>

Bien des gestes sont posés, mais sommes-nous prêts à en faire davantage? Il est vrai que la dépression clinique requiert des soins professionnels, et nous pouvons insister pour que nos aînés ne soient pas isolés. C'est pourquoi il faut nous engager dans les enjeux de santé mentale et dans l'établissement de lois par nos élus. De même, en tant qu'individus et en tant que membres du Corps du Christ, nous pouvons donner un certain sens à la vie de ces personnes en prenant soin de leurs besoins personnels et spirituels.

L'Église catholique, prêtres et laïcs, font un bien énorme en rendant des visites aux personnes âgées et aux personnes enfermées, en faisant des visites personnelles et des liturgies dans les centres de soins longue durée et les résidences pour personnes âgées, en apportant la communion (l'eucharistie) à celles qui ne peuvent sortir de chez elles, etc. Des infirmières en paroisse, qui existent dans certains endroits, sont en lien avec plusieurs de nos paroissiens âgés, malades ou incapables de sortir. Leur ministère sera sûrement en demande croissante avec le nombre d'aînés qui augmente. Plusieurs membres de la CWL (Ligue des femmes catholiques) visitent régulièrement des résidences pour personnes âgées, organisant diverses animations et des fêtes. Les plus petites choses peuvent faire une grande différence pour nos aînés.

Je frémis à chaque fois que j'entends la phrase « un bébé indésirable » - puisqu'aucun enfant de Dieu ne devrait être désigné ainsi. Est-ce que je réagis de la même manière lorsque j'entends parler de « l'entreposage » des aînés, ou que je découvre l'étendu des abus envers ces derniers dans ce pays? Est-ce que ces facteurs pourraient inciter certains de nos aînés à croire que la mort serait la meilleure voie? La déclaration de docteur Heisel à l'effet que la plupart des aînés n'ont pas accès aux soins en santé mentale dont ils ont besoin nous rappelle que les ressources en santé pourraient être étirées davantage si ces personnes devaient recevoir le même niveau de soins que tout le monde. Sommes-nous prêts pour cela? ■

**Moira McQueen, LLB, MDiv, PhD**, est directrice générale de l'Institut canadien catholique de bioéthique. Elle enseigne aussi la théologie morale à la Faculté de Théologie de l'Université de St. Michael's College. Elle est auteure et co-auteure de plusieurs articles dans le domaine de la bioéthique, de l'éthique fondamentale et d'autres domaines.

---

<sup>1</sup>Duckworth, G. and McBride, H. "Suicide in old age: a tragedy of neglect." *Canadian Journal of Psychiatry*, Volume 41, Issue 4, 217-222.

<sup>2</sup>American Psychological Association. "Depression and Suicide in Older Adults Resource Guide." [www.apa.org/pi/aging/resources/guides/depression.aspx](http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/depression.aspx). Consulté le 18 janvier 2012.

<sup>3</sup>Heisel, M. J. & Duberstein, P.R. "Suicide Prevention in Older Adults." *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2005, 12, 242-259.

<sup>4</sup>Duckworth and McBride, *supra*

<sup>5</sup>American Psychological Association, *supra*

<sup>6</sup>Fiske, A., Wetherell, J.L. and Gatz, M. "Depression in Older Adults." *Annual Review of Clinical Psychology*, (2009) 5: 363-389.

<sup>7</sup>*Ibid.*

<sup>8</sup>Alexopoulos, G., Bruce, M. L., Hull, J., Sirey, J., and Kakuma, T. "Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression." *Archives of General Psychiatry*, 56(11), 1048-1053.

<sup>9</sup>Blank, K., Robison, J., Doherty, E., Prigerson, H., Duffy, J., and Schwartz, H.L. "Life-sustaining treatment and assisted death choices in depressed older patients." *Journal of the American Geriatrics Society* (2001): 49(2), 153-161.

<sup>10</sup>Ramsay, Dr R. dans *Avec dignité et compassion: soins destinés aux Canadiens vulnérables*, note 181. Rapport du Comité parlementaire sur les soins palliatifs et soins de compassion, novembre 2011.

<sup>11</sup>Office of the Surgeon-General (US). *Call to Action to Prevent Suicide*.

<http://www.surgeongeneral.gov/library/calltoaction/calltoaction.htm>. Consulté le 18 janvier 2012.

<sup>12</sup>*Ibid.*

<sup>13</sup>Heisel, Dre M. dans "Avec dignité et compassion," *supra*.