

Bulletin d'Actualités de la Prévention des Conduites Suicidaires en Rhône-Alpes

-Numéro 2-
Juillet 2013

Préambule

Sommaire

- p1.**Préambule,
M. PAVOUX, Coordinateur CRPCS
- p2.**Edito
Accompagnement médico-social et prévention du suicide du sujet âgé
J. C. BLOND, Psychiatre des Hôpitaux
- p3.**Des actions départementales au service des rhodaniens...
M. P. CALMON, Conseillère spécialisée, Pôle Personnes âgées – personnes handicapées
Conseil Général 69
- p5.**Présentation de la formation « Repérage du risque suicidaire » auprès des SAD
C. Di IORIO, M. RENAUD, Coordinatrices des pôles gérontologiques du Genevois et d'Annecy
Conseil Général 74
- p6.**Cas cliniques – Urgences psychiatriques du CHU Saint-Etienne
C. COUDROT, S. MARSELLA, psychiatres, sous la Dir. du Professeur C. MASSOUBRE
Urgences Psychiatriques CHU St-Etienne
- p8.**Prévenir le suicide en EHPAD
Y. MARGUE, Médecin général de santé publique
ARS Rhône-Alpes
- p16.**Un dispositif de médiation « spectacle/débat » pour échanger et débattre autour de la maladie d'Alzheimer
J. RASTELLO – A. SAGNE - Responsable Pôle Formation Intervention et chargé de mission pour le CRPCS - Maître de conférence Lyon2/ Psychologue clinicien
- p17.**L'action théâtrale du 10 mai 2012 à Belleville
I. MIALON, Chargée d'études en action sanitaire et sociale – MSA Rhône
- p20.**Crise d'adolescence et crise de la sénescence : des enjeux communs ?
C. CHARDON, psychologue clinicienne
- p24.**Relais d'Informations...CRPCS
M. GUILLAUME, Documentaliste
CRPCS

Depuis 2008, l'**Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes**, via la contractualisation du **Centre Régional de Prévention des Conduites Suicidaires Rhône-Alpes** de l'**Association Centre Jean Bergeret**, promeut une démarche régionale de prévention des conduites suicidaires et du suicide.

Outre l'élaboration d'un contenu de formation spécifique ainsi que la réalisation d'un outil de type « Focus pour la prévention des conduites suicidaires chez la personnes âgées », le **C.R.P.C.S** soutient, depuis 2010, l'animation d'un réseau régional d'acteurs engagés dans cette prévention.

Ce réseau régional a récemment organisé une journée régionale autour de cette problématique. Cette dernière a permis de mieux identifier les acteurs mobilisés autour des personnes âgées, de définir le cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent les démarches de prévention mises en œuvre ainsi que de présenter certains dispositifs départementaux ayant montré leur pertinence. Elle a également permis de faire état de certaines actions concrètes et de proposer des pistes de réflexions autour des démarches de prévention des conduites suicidaires et du suicide des personnes âgées.

Dans le sillage de cette journée, et avec l'appui du Conseil Scientifique du C.R.P.C.S, ce second numéro du **Bulletin d'Actualités de la Prévention des Conduites Suicidaires en Rhône-Alpes** apportera des précisions concernant certains dispositifs (de prévention, de médiation et/ou de formations) ainsi qu'un certain nombre d'informations intéressantes sur cette problématique de santé publique.

Toute l'équipe du C.R.P.C.S vous souhaite une bonne lecture...

Max PAVOUX

Psychologue clinicien
Coordinateur du C.R.P.C.S Rhône-Alpes

Édito

Accompagnement médico-social et prévention du suicide du sujet âgé

Force est de constater que le suicide du sujet âgé reste en 2013 un problème majeur de société (quelle place la France fait-elle à ses vieux ?) et de santé publique (quelle efficacité réelle des réponses partant du sanitaire ?).

Cependant, ce problème longtemps occulté, souvent banalisé, au prétexte de la liberté de choisir son heure quand on est vieux, préoccupe aujourd'hui de manière forte les instances responsables.

En témoignent les outils proposés au plan national pour faire mieux connaître, mieux repérer, mieux accompagner les dépressions du sujet âgé dont nous savons bien qu'elles sous-tendent la grande majorité des passages à l'acte suicidaire du grand âge.

La partie est engagée et le **Centre Régional de Prévention des Conduites Suicidaires Rhône-Alpes** (CRPCS) de **l'Association Centre Jean Bergeret** en a pris la mesure. D'une part, en ayant institué en son sein une commission de réflexion et proposition spécifique. D'autre part, en se voyant confier par **l'ARS** une mission régionale de mise en réseau de l'ensemble des acteurs gérontologiques impliqués, qu'ils soient usagers, familles, bénévoles ou professionnels.

Il s'agit là de prendre en considération les expériences déjà engagées sur le terrain en sachant qu'aussi pertinentes soient-elles, la modélisation restera partielle au regard de la grande diversité des conditions gérontologiques locales et des actions d'ores et déjà engagées dans les différents départements.

Le **CRPCS** a ici un rôle important de catalyseur ; il devra s'appuyer sur les ressources locales et les valoriser, dans une logique de mutualisation.

Ces ressources doivent donc tout d'abord être identifiées et leur niveau de coordination gérontologique évalué. En effet, un niveau de coordination élevé reste le meilleur gage d'efficacité pour la prévention.

Chaque coordination gérontologique a, de fait, une mission de prévention. A l'origine prévention sociale, par la suite médico-sociale, alors en lien avec les acteurs du sanitaire, et plus particulièrement ceux de la psychiatrie et de la psychologie du sujet âgé.

Ces derniers savent bien qu'ils ne peuvent espérer que le suicidant âgé se tourne spontanément vers eux. Ils ne peuvent davantage attendre comme signe d'alerte d'hypothétiques tentatives de suicide. Celles-ci sont rares et n'ont pas à cet âge de valeur d'appel, tant est grande la détermination suicidaire.

En fait, seule l'intégration des professionnels du psychisme dans le monde gérontologique peut leur donner accès à des situations d'extrême souffrance.

Le rôle du **CRPCS** sera donc de faciliter cette intégration tout en proposant des outils de sensibilisation et de formation adaptés.

Le **CRPCS** pourra s'appuyer sur la grande connaissance qu'a **l'ARS** des différents niveaux de réseaux gérontologiques.

La tâche est importante, à l'échelle de notre région, elle nécessite du temps et de la persévérance, elle est aussi chargée d'espoir pour l'avenir.

Docteur Jean-Claude BLOND
Psychiatre des Hôpitaux

Actions départementales...



Des actions départementales au service des rhodaniens

En termes de prévention du suicide des personnes âgées, la mobilisation de tous les acteurs du champ gérontologique s'impose.

Le Département du Rhône se mobilise et participe activement à la lutte contre ce phénomène dramatique. Plusieurs actions ont été conduites au cours de l'année 2012/2013 :

- Une offre de formation pour les professionnels des SAAD « Mieux comprendre pour mieux accompagner ». Les aides à domicile ont ainsi pu recevoir des informations théoriques sur la dépression, principale cause de suicide... mais également des informations pratiques concernant des attitudes à adopter, la notion de relation d'aide auprès de la personne âgée malade.
- Un groupe du CODERPA a travaillé sur la notion d'isolement social, facteur de risque important, et a élaboré un flyer d'informations (un extrait ci-dessous) à destination du public et des professionnels.

Le Département du Rhône souhaite sensibiliser chacun de nous au repérage des situations d'isolement, afin d'interpeller les acteurs de prévention, susceptibles de se mettre à disposition des personnes âgées si elles le souhaitent.

Qu'est-ce que l'isolement social ?

Toute personne qui vit coupée de communication, de relations et de liens avec l'extérieur, peut être considérée en situation d'isolement.

Quelles sont les situations d'alerte ?

Une personne isolée est souvent confrontée à un faisceau de difficultés dans sa vie quotidienne :

- un lieu de vie qui devient inadapté, éloigné des commerces, difficile à entretenir,
- une perte de lien aux autres, à l'environnement,
- une dépendance physique qui s'accroît, avec une perte de mobilité et d'accessibilité,
- des moyens de communication modernes peu ou mal maîtrisés,
- des ressources financières qui s'affaiblissent

Quels « clignotants » doivent nous alerter ?

1. Apparemment, la personne vit seule,
2. Elle n'a pas de visites,
3. Elle sort peu ou ne sort plus de son domicile,
4. Elle se déplace difficilement,
5. Elle a du mal à faire ses courses,
6. Elle ne relève plus son courrier,
7. Elle n'ouvre plus ses volets

Quels professionnels interpeller pour prévenir une situation d'isolement ?

Les Maisons du Rhône

Elles ont une mission d'accompagnement social des publics fragiles, âgés, handicapés pour leur assurer aide et protection.

Liste complète disponible sur
www.rhone.fr
ou au

N° Vert 0 800 869 869

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

▪ Enfin, depuis le début du mois d'avril, le Département soutient le projet innovant d'un service d'aide à domicile lyonnais : « Les tournées d'auxiliaires de vie ». Il s'agit d'un nouveau service proposant la visite régulière d'une auxiliaire de vie, inférieure à 30 minutes, du lundi au vendredi, pour répondre à des besoins ponctuels tels que :

- Une aide à la mobilisation et au déplacement mais aussi, ouverture et fermeture des volets,
- Une aide aux petites courses, relevage du courrier, participation à l'élaboration d'un repas,
- Un passage de sécurité et de rupture d'isolement...

Ce service s'adresse aux personnes âgées bénéficiaires de l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie et est entièrement gratuit.

En lien avec ses partenaires, le Département souhaite s'inscrire dans une démarche pragmatique de prise en compte du risque suicidaire des personnes âgées.

Marie-Pierre CALMON

Conseillère spécialisée
Pôle Personnes Agées/Personnes Handicapées
Département du Rhône

Présentation de la formation « Repérage du risque suicidaire » auprès des SAD

Formation de sensibilisation à la prévention du suicide chez les personnes âgées vivant à domicile

Dans le cadre du schéma gérontologique départemental 2008-2012 et de l'action n°18 « développer les actions de prévention et d'information », le Conseil Général de la Haute-Savoie a mis en place un groupe de travail départemental sur la prévention du suicide chez les personnes âgées.

Après la création d'une plaquette à destination du grand public et la sensibilisation des professionnels de terrain de la Direction de la Gérontologie et du Handicap du Conseil Général, le groupe de travail a porté son attention sur la sensibilisation des professionnels des services d'aide à domicile dans le repérage de la crise suicidaire de la personne âgée.

Dans ce cadre, une première session de sensibilisation a été organisée en janvier et février 2013 à titre expérimental avec un service d'aide à domicile (AAFP).

Cette formation s'est déroulée sur une journée et demie avec l'intervention d'un médecin et d'une infirmière de la Direction de la Gérontologie et du Handicap, du directeur du service à domicile concerné et d'une psychologue.

Cette sensibilisation a eu pour objectifs d'apporter aux aides à domicile des éléments théoriques sur le suicide et les facteurs de risque plus particulièrement chez les personnes âgées, de leur donner les moyens avec des outils simples de repérer les situations à risque à domicile et de travailler sur le comportement à adopter auprès de la personne âgée et au sein de leur service employeur.

La dernière demi-journée fut consacrée à la mise en situation avec des jeux de rôle basés sur des situations vécues (intervention d'une psychologue).

Les aides à domiciles ont fait remonter leur satisfaction sur cette sensibilisation à travers des questionnaires donnés à la fin de cette formation et auprès de leur responsable. Elles ont également fait part d'un réel besoin d'être formées sur cette problématique.

Suite à cette expérimentation réussie, une nouvelle session sera prochainement organisée avec d'autres aides à domicile. Les travaux du groupe de travail départemental se poursuivra également dans le cadre du nouveau schéma gérontologique départemental 2013 – 2017 « Bien Vieillir en Haute-Savoie » (consultable sur le site internet www.ageplus74.cg74.fr).

Prévention du suicide chez les personnes âgées «Je déränge je ne sers plus à rien»

Christelle DI IORIO et Marie RENAUD

Coordinatrices des pôles gérontologiques du Genevois et d'Annecy
Direction de la Gérontologie et du Handicap
Conseil Général de la Haute Savoie

Aspects cliniques aux Urgences Psychiatriques...

Cas cliniques – Urgences psychiatriques du CHU Saint-Etienne

Le service d'urgences psychiatriques du CHU de Saint-Etienne propose à la fois des consultations aux urgences générales et des hospitalisations courtes dans une unité de crise comprenant 12 lits pour adultes.

En 2012, nous avons reçu 250 patients âgés de plus de 70 ans en consultation de psychiatrie d'urgence. Parmi eux, 32 avaient fait une tentative de suicide. Les moyens utilisés étaient les suivants : médicaments (23 cas), strangulation (1 cas), ingestion de détergent (2 cas), défenestration (2 cas), phlébotomie (2 cas) et scarifications (2 cas).

A l'issue de la consultation de psychiatrie d'urgence, 12 patients sont rentrés à leur domicile avec des soins organisés en ambulatoire, 3 ont été hospitalisés en clinique psychiatrique, 8 dans l'unité de crise et 8 directement sur le secteur psychiatrique dont ils dépendaient.

Pour illustrer la problématique des patients âgés suicidaires, nous présentons ici deux vignettes cliniques inspirées de patients que nous avons reçus cette année aux urgences. Certains éléments biographiques ont été modifiés pour garantir la confidentialité.

▪ Eugénie F.

Eugénie est âgée de 78 ans, elle a été conduite aux urgences par les pompiers appelés par son aide-ménagère qui l'a retrouvée inconsciente dans son lit ce matin avec de nombreuses boîtes de médicaments vides sur la table de la cuisine.

Elle a perdu son mari décédé d'une crise cardiaque il y a 2 ans peu après leur 55^{ème} anniversaire de mariage. Depuis elle vit seule. Sa fille passe plusieurs fois par semaine lui rendre visite et pour lui faire des commissions. Elle bénéficie de l'intervention d'une aide-ménagère 4 heures par semaine.

Elle est la dernière d'une fratrie de 3 enfants et a elle-même 2 enfants : un fils aîné qui habite une ville de la région et une fille qui vit à proximité.

Le contact avec la patiente s'établit aisément. Elle pleure en disant : « *Je ne comprends pas pourquoi le Bon Dieu ne veut pas de moi, pourquoi ne veut-il pas que je retrouve Henri ?* ».

Eugénie est suivie par son médecin traitant pour une hypertension artérielle et elle souffre depuis 8 mois d'une pseudo-polyarthrite rhizomélique pour laquelle elle reçoit un traitement par corticoïdes.

Eugénie a comme antécédent psychiatrique plusieurs épisodes de crises d'angoisse depuis plus de 6 mois. La mère de la patiente était anxieuse. La fille de la patiente est suivie par son médecin traitant pour dépression. La personnalité antérieure de la patiente est décrite comme anxieuse également, ayant vécu des années avec un mari assez autoritaire. Le couple avait peu d'amis et avait l'habitude de se rendre le week-end dans une maison de famille à la campagne. Eugénie et ses enfants ont pris la décision de vendre cette maison car Eugénie n'avait pas le permis de conduire et elle ne pouvait plus s'y rendre. De plus, cette propriété nécessitait un entretien qu'elle ne pouvait plus assumer seule.

La fille de la patiente vous explique que sa mère lui téléphone très fréquemment, l'appelant même la nuit lui disant qu'elle va mourir et la suppliant de venir de suite.

Le médecin traitant de la patiente a prescrit SERESTA® 10 mg : 1 comprimé le soir depuis 1 mois, mais les crises d'angoisse ont perduré.

Pour cette patiente une hospitalisation courte est proposée, permettant une adaptation du traitement médicamenteux et l'introduction d'un antidépresseur. On limite l'utilisation des benzodiazépines. On peut s'interroger sur le rôle de la corticothérapie dans la majoration des angoisses. L'hospitalisation permet également un entretien familial avec la fille de la patiente qui exprime ses difficultés d'aidante. On décide un retour à domicile avec un passage infirmier pour la délivrance du traitement. Un suivi psychiatrique est organisé sur le CMP.

▪ **Martin L.**

Martin a 92 ans, c'est la première fois qu'il arrive avec les pompiers à l'hôpital et c'est la première fois qu'il voit un psychiatre. Martin a essayé de se pendre ce matin à la potence de son lit dans l'EHPAD où il a été admis il y a 2 jours.

Martin est un ancien luthier, il a travaillé à son compte jusqu'à ses 70 ans. Il est veuf depuis l'âge de 49 ans, son épouse étant décédée d'un cancer. Il a un fils qui est décédé d'un cancer il y a 5 ans. Sa belle-fille vient le voir régulièrement. Il a un petit-fils qui vit à l'étranger.

Martin est décrit comme solitaire, très indépendant et autonome jusqu'à cette année. Il souffre d'une surdité, d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge, d'une hypertension artérielle. Il a fait un infarctus du myocarde il y a 8 ans et présente un début d'insuffisance cardiaque. Il a chuté il y a 3 mois et s'est cassé le col du fémur gauche. Il avait espoir de rentrer à son domicile, dans la maison où il vit depuis plus de 60 ans, mais il garde des séquelles importantes et lors de son séjour en soins de suite et de réadaptation un passage en EPHAD a été décidé.

L'entretien est aisé, Martin s'exprime volontiers. Il dit qu'il regrette qu'on l'ait trouvé et qu'il est désolé pour l'aide-soignante qui l'a trouvé. Martin explique qu'il pensait aller dans un centre de r ducation pour réapprendre à marcher mais qu'il n'a pas vu de kinésithérapeute dans l'établissement où il a été admis. Il explique qu'il ne supporte pas de ne plus marcher, de ne plus se laver seul, qu'il ne peut plus lire ni regarder la télévision, qu'il ne veut plus vivre comme  a. Il dit qu'il souhaite mourir, mais il n'a plus de projet suicidaire immédiat suite à l'échec de sa tentative.

Devant le caractère polypathologique de ce patient, son grand âge et le tableau clinique psychiatrique, une hospitalisation en gériatrie est préférée à une hospitalisation en psychiatrie.

On met en place un traitement antidépresseur (SEROPLEX®) et un traitement hypnotique (IMOVANE®) ce dernier durant 1 à 2 semaines. On utilise du SERESTA® 10 mg de façon ponctuelle aux urgences à visée anxiolytique. La psychiatrie de liaison poursuit la prise en charge de ce patient lors de son hospitalisation en gériatrie à raison de deux consultations par semaine.

Cas cliniques rédigés par le **Docteur Clotilde COUDROT** et le **Docteur Sonia MARSELLA** (psychiatres aux Urgences psychiatriques du CHU de Saint-Etienne)

Professeur C. MASSOUBRE (chef de service des Urgences psychiatriques)

Prévenir le suicide en EHPAD

De septembre 2011 à juin 2012, ce sont 12 décès par suicide et 5 tentatives de suicide caractérisées qui ont été enregistrés dans les EHPAD¹ du Rhône, un département d'un million huit cent mille habitants qui en compte 166.

Je présente ci-dessous les circonstances de survenue de ces drames humains et des éléments des tableaux cliniques présentés par cette population.

Par ailleurs, cette série de cas a constitué un événement suffisamment important et significatif pour justifier de la part d'un médecin de santé publique, d'initier et d'organiser la mise en place sur le terrain, d'une action de prévention que je tenterai d'exposer ci-dessous.

Commentaire sur les cas recensés

L'âge et le sexe :

On note une très large prédominance masculine : 13 hommes (9 décès et 4 TS) pour 4 femmes (3 décès et une TS), ce constat est conforme aux observations habituellement relevées.

L'âge moyen de la série étudiée est de 83 ans mais on constate une dispersion de 60 à 97 ans qui sera explicitée plus loin.

Le mode opératoire:

1. **Chutes et strangulations** représentent la grande majorité des modes opératoires observés :
 - 10 chutes d'un endroit élevé : 7 défenestrations dont 2 TS, 2 chutes dans les escaliers et 1 chute d'un toit,
 - 4 strangulations dont 2 TS.
2. **Les autres modes opératoires :**
 - une mort par hypothermie chez un homme de 81 ans présentant un syndrome de Diogène,
 - un décès par phlébotomie chez un homme de 97 ans,
 - enfin, une seule TS par intoxication médicamenteuse chez une femme de 74 ans.

Le délai du suicide, ou de la tentative, par apport à l'admission :

Sur les 14 cas pour lesquels ce délai entre l'admission et l'acte est connu, on relève cette distribution :

de 2 jours à 1 mois	de 6 à 8 mois	de 1 à 2 ans	plus de 2 ans
3 cas	3 cas	4 cas	4 cas

On est devant une répartition homogène qui ne nous permet pas d'affirmer que la survenue de l'acte suicidaire soit le fait des premiers mois qui suivent l'admission, sans pour autant exclure l'impact des conditions dans lesquelles celle-ci s'est déroulée.

Le Lieu de survenue de l'événement et le regroupement des cas :

Si ces drames sont survenus de manière à peu près égale au sein d'EHPAD urbains ou ruraux, par contre, le constat d'un certain regroupement des cas nous a interrogé. En effet, six cas groupés sont survenus au sein de deux EHPAD ruraux, de gestion publique autonome ou adossés à un Centre hospitalier, ancien hôpital local.

Un même établissement urbain commercial a connu pour sa part, deux tentatives de suicide par défenestration en l'espace de 15 jours (une nouvelle tentative de défenestration est d'ailleurs survenue récemment dans ce même établissement !).

¹ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes.

Trois cas sont survenus en l'espace de 10 jours, au sein de trois établissements urbains du même groupe associatif.

Enfin, deux décès ont eu lieu au sein de deux établissements ruraux appartenant au même groupe commercial.

Mais c'est surtout, l'« épidémie » de quatre cas (les deux décès et les deux TS évoqués ci-dessus) qui a frappé un EHPAD hospitalier rural qui m'a décidé à solliciter l'avis d'un spécialiste de la question du suicide.

La dépression du sujet âgé :

Dans les facteurs de risques suicidaires, la dépression du sujet âgé est omniprésente dans les cas cliniques recensés.

Par contre, ce tableau se présente souvent sous des formes variées, voire atypiques ou masquées, c'est ce que je tenterai présenter dans ma dernière partie consacrée à une discussion autour des cas présentés et à des propositions d'action.

Bref rappel de la politique nationale de lutte contre le suicide

En France, la prise en charge des suicidant a longtemps primé sur la prévention de la conduite suicidaire. Le plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008) a défini un programme « dépression et suicide » qui avait pour objectif l'amélioration de la prise en charge de la dépression et met en place une stratégie d'action face au suicide.

Par contre, le dernier programme national de lutte contre le suicide (2011-2014) insiste sur le développement de la prévention et de la post-vention.

Il se décline en 5 groupes de mesures et 15 actions.

Je n'évoquerai ici que les **Actions 8 et 10** de la **Mesure 3** intitulée « **Prévenir l'isolement social et la détresse psychique** » qui correspond à la problématique développée dans ce présent travail :

- **L'Action 8** : Prévenir et accompagner la détresse psychologique des personnes vulnérables.
- **L'Action 10** : Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant à prévenir l'isolement social chez les personnes âgées.

Présentation d'un programme régional, proposé en Rhône-Alpes

- Rappel des motifs

Comme je l'ai évoqué ci-dessus, le nombre de 12 décès par suicide et de 5 tentatives de suicide dans les EHPAD du seul département du Rhône² m'a incité, au nom de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, à faire appel au Pr Jean-Louis Terra, professeur de psychiatrie à la faculté de médecine de Lyon I et référent du plan national de prévention du suicide en France.

De plus, il se trouve que ce dernier a mis en place depuis avril 2012 au CH du Vinatier un **Centre de Prévention du Suicide (CPS)** au sein du Service Hospitalo-Universitaire (SHU) qu'il dirige.

- La naissance d'un programme d'action

Après avoir réalisé plusieurs visites sur site qui ont permis au Pr Terra de mesurer l'impact considérable de ces décès, en particulier sur les équipes, l'ARS Rhône-Alpes, le CHS du Vinatier et le SHU ont décidé la mise en place d'un programme dont les objectifs sont les suivants :

1. Concevoir un ensemble d'actions et une organisation capables **de protéger les résidents** des EHPAD du risque suicidaire,
2. Réfléchir à la mise en place d'un **dispositif de prévention** dans l'ensemble des établissements après une première « phase test » réalisée sur un nombre limité d'EHPAD du Rhône,

² Durant la même période, ont été signalés **2 décès par suicide** dans le Rhône dans des établissements hospitaliers et **une TS** dans un foyer logement, ainsi que **4 décès** par suicide et une **TS** dans des **EHPAD de Haute Savoie, un en Isère et un en Ardèche**.

3. Proposer un plan de « **post-vention** » en cas de survenue d'un suicide,
4. Accompagner, **suivre la démarche** et évaluer ses résultats.

- **Le déroulement du programme**

1. Le choix des établissements

L'ARS a procédé au choix d'établissements du Rhône sur la base :

- de leur **statut juridique** : public, associatif ou commercial,
- de la **survenue (ou non) de suicides ou d'évènements graves** dans les deux années précédentes,
- de leur **implantation géographique** : urbaine ou rurale.

L'Agence les a réunis en juin 2012 pour une présentation du projet par le Pr Terra et a recueilli leur accord et leur adhésion pour participer à ce programme. En définitive ce sont **12 EHPAD** qui ont donné leur accord.

2. L'organisation de la formation

L'ensemble du personnel de l'EHPAD a été concerné quel que soit sa qualification professionnelle ou son statut.

Le directeur de l'EHPAD a assuré l'information en interne, il a organisé la participation des professionnels à la formation et la diffusion des documents mis à disposition. Le médecin coordonnateur a diffusé l'information auprès de l'ensemble des médecins traitants.

Une participation d'au moins 30% de l'effectif total a été recherchée.

La formation a été réalisée par **15 binômes** de formateurs régionaux **sur deux journées**.

Ces formateurs ont été recrutés par l'équipe du Pr Terra à partir du pool de formateurs qu'il a lui-même formé à partir de 2001 sous l'égide de la Direction Générale de la Santé : sur la région Rhône-Alpes, ce pool représente environ 50 personnes.

La première phase du programme, dite « **phase test** » s'est déroulée à la faveur de 19 sessions du 8/9 novembre 2012 au 20/21 décembre, soit en 7 semaines dont la majeure partie se sont déroulées à BRON, au CHS du Vinatier, une au CH de Villefranche sur Saône dans le nord du département et 3 dans des établissements de l'Ouest lyonnais.

Au total, ce sont près de **350 professionnels** qui ont été formés soit environ 17 personnes par session dont plus de 100 Aides-Soignantes, 40 ASH, 50 IDE, 20 AVS, 8 psychologues, 5 médecins coordonnateurs...etc Il faut préciser que le Pr Terra avait organisé en novembre 2012, en collaboration avec l'Association des Médecins Coordonnateurs du Rhône, une réunion qui leur était spécifiquement destinée et qui a réuni près de 80 praticiens.

Deux sessions ont été organisées en mars 2013 pour une formation à la **gestion de crise (post-vention)**. Ces sessions se sont déroulées sur une seule journée et se sont adressées aux équipes de direction : le directeur, le médecin coordonnateur, l'IDEC, le psychologue.

- **Le contenu de la formation**

Concrètement, la formation des personnels des EHPAD s'est déroulée du novembre 2012 à décembre 2012. Dès le mois de septembre 2012 les médecins coordonnateurs avaient bénéficié d'une formation spécifique pour la prise de conscience et le déroulement de l'action projetée par l'ARS.

Les concepts utilisés

La prévention du suicide comporte quatre niveaux :

- 1) La promotion de la santé, incluant la prévention des souffrances inutiles,
- 2) La prévention proprement dite, qui diminue les facteurs de risque de suicide ou leurs effets,
- 3) L'intervention face à une crise suicidaire,
- 4) La post-vention ou la gestion de crise, après un suicide

Cette formation insiste sur l'évaluation du « **potentiel suicidaire** » qui permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée. Ce potentiel suicidaire du sujet concerné est évalué selon une méthode décrite par L. Perogamvros (et all.)³ à Genève, largement utilisé et diffusée par Monique Seguin⁴, chercheuse et professeure au Département de Psychologie et Psycho-éducation à l'Université du Québec en Outaouais.

- **L'évaluation du potentiel suicidaire : la méthode RUD**

Cette évaluation comprend trois dimensions qui se cumulent :

1. **R** pour les **facteurs de Risque** individuels : antécédents personnels de TS, dépression, décès par suicide dans la famille, éthylisme ou autre addiction...etc
2. **U** pour le **caractère d'Urgence** : la personne a annoncé son intention de mettre un terme à ses jours...
3. **D** pour la **Dangerosité** repérée : accessibilité à un moyen de se suicider, armes à feu, arme blanche, stockage de médicaments...

Chaque dimension doit être évaluée séparément pour permettre une attitude clinique adaptée.

Durant les 2 jours de formation, des simulations de cas ont été proposées : observateur, le personnel de santé et le résident à questionner.

- **L'avenir du programme ?**

Si dans un premier temps, ce programme a été réalisé à l'échelle d'un département grâce au concours et au soutien opérationnel du CHS du Vinatier et du SHU, sa généralisation à la région Rhône-Alpes tout entière, reste une question posée.

Une extension de la « **phase test** » à l'identique sur les 166 EHPAD du Rhône et les 750 EHPAD de la région Rhône-Alpes, n'est pas envisageable ni financièrement ni matériellement.

Cette généralisation prendra donc une forme qui reste à ce jour à déterminer mais qui imposera obligatoirement une coopération entre les différents niveaux territoriaux et la mobilisation des ressources locales.

Avant de procéder à cette « régionalisation », le Pr Terra a proposé à l'ARS de procéder à une évaluation de l'action de formation qu'il a mis en œuvre dans la phase test, en réalisant un suivi des personnels des 12 EHPAD formés à la faveur de 4 réunions sur site dans chaque EHPAD, pendant toute l'année 2013, accompagné d'un suivi parallèle et identique de 12 autres EHPAD « **témoins** » choisis par l'ARS.

Discussion et proposition d'actions

Je tenterai de formuler dans cette dernière partie, quelques commentaires que m'inspire cette série de cas avant de suggérer des propositions visant à prévenir la dépression des aînés et mieux préparer leur admission en institution.

Je commencerai par une première remarque sur les tentatives de suicide.

Les deux premières tentatives de suicide par strangulation se sont produites dans le même établissement où s'est produit quelques jours auparavant, un suicide également par strangulation d'un homme de 91 ans, veuf, ancien exploitant agricole qui a été retrouvé pendu à la potence de son lit dans la nuit. Ce monsieur était depuis longtemps préoccupé par des idées de mort, dépendant d'un somnifère qui venait d'être retiré du marché, suivi par la psychologue de l'établissement et par un psychiatre du Centre Médico-Psychologique qui avait tenté un sevrage par des médicaments substitutifs. Le lendemain du décès de ce monsieur, un autre résident de ce même EHPAD, âgé de 84 ans installe sa ceinture sur le montant de son lit et indique à l'infirmière qu'il va se pendre. La ceinture lui est retirée, une surveillance rapprochée est installée, le psychiatre des urgences est alerté et le résident est hospitalisé sous contrainte en psychiatrie.

³ Voir Bibliographie, référence n° 4

⁴ Voir Bibliographie, référence n° 5

Dix jours plus tard, un autre résident hémiparétique de cet EHPAD est retrouvé par l'infirmière avec le tuyau de son extracteur d'oxygène autour du cou. Il est transféré à l'hôpital psychiatrique le lendemain.

Le service SSR situé au même étage que cet EHPAD connaîtra un mois plus tard un nouveau suicide chez un malade de 60 ans, atteint d'un cancer du foie en phase terminale (voir ci-dessous).

Devant une telle série, on ne peut pas ne pas évoquer un phénomène de « mimétisme » voire de « contamination ».

Les deux TS par déféstration se sont produites également dans un même établissement que l'on peut assimiler à des simulacres, ne sont pas à prendre à la légère. Il serait en effet très imprudent d'en minimiser la gravité et de sous-estimer le risque d'une possible récurrence.

Par contre, dans le cas de la tentative de suicide médicamenteuse pratiquée par une femme de 74 ans, célibataire sans enfants, celle-ci voulait vraiment mourir : très autonome, elle était en effet partie faire une promenade à pied à 10 h du matin avec des médicaments qu'elle avait stockés depuis plusieurs jours et ne s'est pas présentée au déjeuner à midi. Elle a été retrouvée à 14 h30 inconsciente et en hypothermie, allongée dans un chemin et transférée à l'hôpital.

Cette femme est pour l'instant tirée d'affaire mais reste profondément dépressive, atteinte de cécité et d'un lymphome, pour l'instant non évolutif, et en conséquence, en risque de récurrence.

A propos des tentatives de suicide pratiquées par les personnes âgées en institution, il convient de préciser que l'ARS a de fortes raisons de penser que ces événements sont probablement très sous-estimés et que toutes les tentatives qui surviennent au sein des établissements, ne lui sont pas systématiquement signalées.

En ce qui concerne la prédominance masculine qui est comme dans l'ensemble de la littérature, observée dans notre série, celle-ci m'incite à m'arrêter un temps sur les trois décès féminins.

Le premier cas concerne une femme de 95 ans qui s'est défenestrée de sa chambre du premier étage, à une hauteur d'environ 5 mètres, à 7h30 du matin au moment de sa toilette où elle avait manifesté un état d'agitation et tenté d'étrangler son aide-soignante.

Cette résidente avait changé de comportement depuis quelques mois, elle présentait des mouvements anormaux et tenait des discours incohérents. Son geste a néanmoins surpris l'équipe.

On peut considérer qu'il s'agit de l'unique cas de suicide de la série, commis par résidente en état confusionnel dans un tableau de démence débutante.

Le deuxième cas concerne une femme âgée de 84 ans, entrée 8 mois auparavant qui avait été vue à 22h par l'aide-soignante de nuit qui avait parlé avec elle et n'avait rien laissé transparaître de ses intentions. Cette dame veuve sans enfants, avait fait deux TS avant son entrée à la résidence à la suite du décès de son mari. Elle avait pris sa retraite pour dépression dès 50 ans et était connue pour ses idées suicidaires.

Le troisième cas est celui d'une femme de 85 ans qui s'est jetée de la fenêtre de sa chambre située au 3ème étage entre 6h30 et 7h15 du matin de l'EHPAD où elle avait été admise un an auparavant. Cette femme qui vivait seule dans son appartement, autonome et refusant toute aide, n'avait pas accepté son admission en institution qui lui avait été « imposé » par son entourage familial. Comme la précédente, elle présentait tous les critères du RUD que j'ai évoqué ci-dessus : sa mère s'est suicidée alors qu'elle avait 7 ans, elle avait manifesté des idées suicidaires qui avaient entraîné son hospitalisation, elle refusait les activités, les animations et les sorties qui lui étaient proposées, elle avait un traitement antidépresseur et le jour de son acte, elle devait se rendre à l'hôpital de jour de psychiatrie qu'elle fréquentait depuis quelques semaines !

L'âge moyen des suicidants et des suicidaires est de 83 ans mais la dispersion va de 60 à 97 ans. Le cas du monsieur de 60 ans que j'ai évoqué ci-dessus étant tout à fait atypique mais sa présence dans la série se justifie par le fait qu'il connaissait personnellement l'homme de 91 ans qui s'est suicidé également par strangulation un mois auparavant et à qui il avait rendu visite. Celui-ci lui aurait fait part, à ce moment, de son intention de se donner la mort par strangulation...

Ces drames sont survenus de façon à peu près égale, soit au sein d'un EHPAD urbain, soit au sein d'un EHPAD rural. Cependant, les 4 cas groupés que j'ai exposés, sont survenus au sein d'un EHPAD rural de gestion publique, adossé à un Centre hospitalier, ancien hôpital local dont il faut relever le caractère vétuste et inadapté (nombreuses chambres doubles ou triples).

Il faut aussi ajouter le décès et la TS des deux femmes qui sont survenus dans un EHPAD publique autonome.

De même que trois décès survenus dans trois établissements du même groupe associatif en l'espace de 15 jours ainsi que la chute inexplicquée dans les escaliers et un suicide par phlébotomie chez un homme de 97 ans qui sont survenus dans deux établissements ruraux du même groupe commercial.

Ces cas groupés ne sauraient être imputables à une simple coïncidence sans une réflexion plus poussée : une analyse institutionnelle, plus précise et plus complète, s'impose avant d'évoquer le pur hasard ! Je précise que cette remarque ne veut en aucun cas induire une culpabilisation des équipes concernées mais devrait impérativement interroger les projets d'établissement et les pratiques professionnelles...

La présence permanente et massive chez les résidents de ces EHPAD, d'une pathologie dépressive ou anxio-dépressive, a été largement confirmée par les éléments d'information issus des coupes Pathos⁵ qui ont été réalisées et qui ont pu être consultées dans la plupart de ces établissements qui ont connu des suicides : celles-ci valident la fréquence de cet état pathologique qui n'est jamais inférieur à 30 % et qui peut s'élever jusqu'à 70 % de l'effectif des résidents présents.

Nous avons vu précédemment la fréquence de cet état dépressif, mais si celui-ci se présente parfois de manière caractérisée, il peut aussi revêtir le masque d'un comportement agressif.

Il y a aussi les sujets qui multiplient les sollicitations, les demandes d'attention comme dans le cas de ce résident de 88 ans qui, se sentant abandonné au moment de la relève, a escaladé la rampe d'un escalier avant de se lâcher. On relève aussi des symptômes somatiques de type « fonctionnel » qui peuvent fort bien être des états dépressifs non diagnostiqués.

Il importe donc d'être très attentif aux conduites, mais aussi aux discours, aussi bien explicites qu'implicites des personnes âgées institutionnalisées, tout comme il importe de savoir leur manifester notre investissement, lequel est, comme le dit Louis Ploton⁶ :

« La clef d'une alliance thérapeutique permettant de maintenir une base narcissique suffisante pour conserver le désir de vivre ».

Enfin, le suicide des personnes âgées en institution pose indirectement la question de la manière dont elles ont été placées et des raisons à l'origine de leur placement. En effet, si les personnes âgées préfèrent rester chez elles, les aides à domicile qui leur sont proposées ne sont pas toujours adaptées à leurs besoins, ce qui conduit à des placements là où d'autres solutions plus adaptées auraient pu les éviter, placements d'autant plus mal acceptés.

Par ailleurs, la population des EHPAD a aussi beaucoup évolué, ce ne sont plus des maisons de retraite où on restait longtemps et où on vieillissait ensemble, l'entrée se fait à présent à un âge avancé (84/85 ans) et la majorité des résidents sont "déments" ou de plus en plus dépendants, ce qui crée un problème de cohabitation. On peut dire ainsi que tous les résidents d'un EHPAD ne sont pas égaux face au risque suicidaire.

Les suicidants que nous avons présentés dans cet exposé étaient en effet des personnes aux facultés cognitives conservées sauf la résidente en début de démence qui est passée à l'acte dans un état d'agitation et de confusion.

Tous étaient aussi des dépressifs connus et traités voire même suivis en milieu spécialisé.

Tous étaient valides physiquement sauf une personne en contention sur un fauteuil roulant qui est tombée dans l'escalier et qui relève plus d'une « mort suspecte inexplicquée ».

⁵ Voir : Le modèle PATHOS, guide d'utilisation 2012, référence bibliographique n° 9.

⁶ Voir référence bibliographique n° 7.

Quant à la dépression du sujet âgé, elle est trop souvent banalisée, mal repérée et de ce fait mal traitée et dont le traitement est mal évalué et mal suivi.

Le repérage de la crise suicidaire passe par plusieurs orientations que l'on peut identifier comme suit :

- La présence dans les établissements de professionnels formés au repérage de ces situations à risques,
- L'inclusion de la problématique du risque suicidaire dans les projets de soins des établissements et dans les plans de formation professionnelle,
- Une sensibilisation au rôle et à la place des psychologues cliniciens dans les EHPAD.

CONCLUSION

Par le lancement d'un programme de prévention du suicide en EHPAD, l'ARS Rhône-Alpes a voulu clairement marquer l'importance qu'elle souhaitait accorder à cette problématique chez les personnes âgées et sa volonté de la sortir de l'indifférence dans laquelle elle est reléguée.

Le suicide en institution est en effet un signal d'alarme et un indicateur de souffrance psychique qui doit interroger les équipes sur leurs pratiques, de même que les tutelles, ARS et Conseils Généraux, sur leurs missions... mais ceci est un autre sujet..!

Le risque suicidaire chez le sujet âgé est à prendre avec d'autant plus de considération qu'il aboutit à un décès réussi, beaucoup plus fréquemment qu'aux autres âges de la vie.

La grande majorité des suicides correspond en effet à un état dépressif qui aurait pu bénéficier, le plus souvent, d'un traitement adapté. Une dépression larvée avec idées suicidaires est souvent minimisée par l'entourage. Chez le sujet âgé la crise suicidaire est souvent peu apparente, difficile à reconnaître, parfois masquée sous une plainte somatique.

On a aussi trop tendance à attribuer le manque de dynamisme et d'intérêt du sujet âgé au vieillissement présenté comme naturel : savoir identifier et évaluer l'importance de ce risque est essentiel pour prévenir le passage à l'acte.

Enfin, la survenue d'une tentative de suicide exige un examen psychiatrique en lien avec le médecin traitant, la famille et surtout l'institution pour une évaluation psychopathologique et une prise en charge thérapeutique visant à éviter une récurrence.

J'ajouterai pour conclure que si repérer la dépression est bien, prévenir sa survenue est mieux !

Pour ce faire, il faut prendre en compte le besoin d'écoute et d'attention de la personne âgée en institution. C'est ainsi que pour limiter le caractère « dépressiogène » voir « suicidogène » de l'institution qui doit redevenir un endroit protecteur de nos aînés avec des personnels qualifiés et vigilants, une réflexion s'impose sur :

- Le moment privilégié que constitue l'admission en établissement pour permettre un travail de consolation satisfaisant,
- Des conditions de vie qui limitent le sentiment d'abandon et visent au maintien d'une estime de soi suffisante par une re-narcissisation et une re-motivation et non pas par une stimulation malsaine et autoritaire !
- La formation des personnels à la psychologie avec des temps significatifs d'analyse de la pratique,
- Enfin et surtout, l'association des psychologues cliniciens à l'organisation de la vie et des soins, à l'élaboration des projets d'établissement et aux modalités de la prise en charge.

Dr Yvan MARGUE

Médecin général de santé publique
Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

1. Programme National d'Actions contre le Suicide, 2011/2014, septembre 2011, ministère de la Justice, ministère chargé de la Santé, ministère de l'Agriculture, ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche,
2. ANAES, La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, Conférence de Consensus, octobre 2000,
3. OMS, Prévenir le suicide, Ressource pour conseillers, Genève, 2006,
4. PEROGAMVROS (L), CHAUVET (I), RUBOVSKY (G), Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? Revue médicale suisse, août 2010, pp 1555-1557,
5. SEGUIN (M), Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ? Place de la prise en charge psychologique, Fédération Française de Psychiatrie, Paris, 2001, pp 234-262,
6. TERRA (J-L), Intervenir auprès d'une personne âgée en crise suicidaire, Centre Hospitalier Le Vinatier, Laboratoire Santé, Individu, Société, Université Lyon 1, DU de la PA, 2011,
7. PLOTON (L), La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence, Chronique Sociale, Lyon, 2001,
8. DUCOUDRAY (J-M), EON (Y), LEROUX (R), PREVOST (P), REA (C), VETEL (J-M), VUILLEMAIN (C), Le Modèle PATHOS, Guide d'utilisation 2012, CNSA, CNAM, ministère chargé de la Santé, accessible sur www.cnsa.fr
9. VALES (M), DE JAEGER (C) : Le suicide de la personne âgée, Gazette Médicale de France, tome 1, 27-2
10. PELLICIER (Y), Le suicide au cours du troisième âge, Actualité en Gérontologie, 1978, 15, pp 54-57
11. DURET (L), Les conduites suicidaires de la personne âgée : un échec du vieillissement ? Thèse de médecine 1998, Strasbourg
12. BOHEC C Le point sur le suicide en Bretagne, Journée régionale 8/9/1988 Le suicide en Bretagne
13. MONFORT (JC), La dépression du sujet âgé : Revue bibliographique, Annales Médico-psychologiques, 1994, 152(8), pp 511-528
14. FORNARI P : Les fausses dépressions du vieillard. Pratique médicale 1982,4, pp 17-21
15. TESSIER (J-F), LEGER (J-M), La dépression du sujet âgé : question de mot, Psychologie médicale, 1988, 20(6), pp 775-778
16. BOIFFIN (A), Le suicide de l'âgé, Psychologie Médicale, 1988, 20(6), pp 807-809
17. LEMPERIERE (T), Dépression et suicide, Ed. Acanthe, Masson 2000, 238 p
18. RIGAUD-MONNET (A-S), FORETTE (F) : Troubles psychiatriques des personnes âgées, Encyclopédie Médico-chirurgicale, 37-540-A-10
19. PICAUT (L) : Suicide et tentative de suicide des personnes âgées, Gérontologie 1995, 93, pp 25-29
20. CASADEBAIG (F), RUFFIN (D), PHILIPPE (A) : Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite, La revue francophone de gériatrie et de gérontologie 2005, 115, pp 218-223
21. GRAUX (P), COPIN (J-M), Le suicide de la personne âgée vivant en institution, Revue de gériatrie 1982, 7(1), pp 22-24
22. GAUDY P : Dépression et suicide de la personne âgée, rôle de l'EHPAD, Mémoire en politique gérontologique et gestion des EHPAD, 2003-2004
23. ARDIET (G), PONCET (A), Psychiatrie de liaison en maison de retraite, Revue francophone de gériatrie et gérontologie, 2005, 115, pp 252-254

Actions de Prévention...

Un dispositif de médiation « spectacle/débat » pour échanger et débattre autour de la maladie d'Alzheimer

Nous avons répondu à une demande de la **Mutualité Sociale Agricole (MSA) Ain-Rhône** émise au **CRPCS**. La **MSA** organise des « Cafés mémoires itinérants pour parler de la maladie d'Alzheimer » et c'est dans ce cadre là que s'est inscrite cette demande. L'objectif étant de mettre en œuvre une soirée échange-débat animée à partir d'une représentation d'une compagnie théâtrale en direction de familles et/ou de personnes de l'entourage de sujets atteints de la maladie d'Alzheimer.

La **MSA Ain-Rhône** est un des partenaires privilégiés de l'**Association Centre Jean Bergeret**, notamment de par sa mobilisation au sein des réseaux animés par le **CRPCS**, et avait donc connaissance de notre dispositif de spectacle-débat dans le cadre duquel nous proposons des rencontres qui associent théâtre d'improvisation et prévention avec la Compagnie **Les Désaxés Théâtre**.

En effet, depuis dix ans, nous intervenons de concert avec la compagnie **Les Désaxés Théâtre** dans différentes structures telles que des centres sociaux, des mairies, des collèges... La compagnie utilise l'improvisation pour soutenir l'émergence d'une parole collective et créer du lien social. Habituellement, les publics ciblés sont particulièrement des familles mais aussi des jeunes âgés de 12 à 25 ans.

Les improvisations théâtrales sont présentées par quatre comédiens professionnels suivies d'une discussion animée par un intervenant, professionnel de la prévention. Les saynètes élaborées et jouées par les comédiens sont un véritable support pour l'intervenant chargé d'animer le débat autour du/des thème(s) proposé(s) par les organisateurs. Une prise de contact préalable est organisée avec l'ensemble des acteurs afin de définir les attentes et les dispositions du lieu, les modalités et d'affiner les thèmes qui seront abordés au cours de la soirée.

Nous avons donc abordé un champ thématique spécifique et non traité dans le cadre de notre dispositif jusqu'ici, la maladie d'Alzheimer.

Nous avons ainsi sollicité une personne ressource du **CRPCS** afin d'assurer l'animation de ce dispositif, Mr Alain Sagne, Maître de Conférences à Lyon2, Psychologue clinicien spécialisé dans l'approche psychothérapeutique des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et dans le champ de la prévention du suicide de la personne âgée.

Le dispositif ainsi proposé autour de la médiation par les scènes d'improvisation a permis de faire émerger des questionnements et des échanges parmi les participants grâce au changement de regard opéré par les différentes saynètes comme autant de points de repères des étapes par lesquelles passent les personnes souffrantes et leur entourage. Ainsi la crise identitaire majeure provoquée par la maladie d'Alzheimer a des conséquences psychiques, sociales et environnementales que nous avons pu aborder tout au long de cette soirée/débat.

Les « mises en scène » de ce que vivent les personnes et leur famille ont ainsi pu être mises en mots, mises en sens dans une perspective à la fois très personnelle suivant le vécu de chacun et en même temps sur un mode « universel » parlant à chacun(e). La qualité de ces échanges et de ces réflexions nous font avancer vers une meilleure prise en compte du « savoir » des malades sur leur maladie et de l'importance de la place de la famille dans l'accompagnement de ces personnes.

Jérôme RASTELLO & Alain SAGNE

Jérôme RASTELLO

Responsable du Pôle Formation Intervention (PFI) et chargé de mission pour le CRPCS

Alain SAGNE

Maître de Conférence à Lyon 2, Psychologue clinicien spécialisé dans l'approche psychothérapeutique des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et dans le champ de la prévention du suicide de la personne âgée

En lien avec le texte précédent...**PRESENTATION DE...**

...L'Action théâtrale du 10 mai 2012 à Belleville

La MSA (Mutualité Sociale Agricole) est le guichet unique de protection sociale du monde agricole et rural.

La MSA est donc à la fois une caisse d'assurance maladie, une caisse de retraite, une caisse d'allocations familiales et un organisme de recouvrement des différentes cotisations.

Elle mène par ailleurs une politique d'action sanitaire et sociale décidée par son Conseil d'Administration, et c'est dans le cadre de cette politique que des actions collectives, notamment en direction des retraités du milieu rural, sont menées.

Depuis 2010, sur l'ensemble de son périmètre d'intervention (départements Rhône et Ain), la MSA Ain-Rhône propose une action intitulée « *Café Mémoire Itinérant* » dont les objectifs sont les suivants :

- Proposer durant 5 séances un lieu d'accueil gratuit, convivial et en dehors des structures traditionnelles de soin, en milieu rural, pour accueillir les personnes touchées par les pathologies de type Alzheimer,
- Mobiliser lors de chaque séance les compétences de plusieurs professionnels sur la maladie : un travailleur social, un médecin gériatre et une psychologue,
- Soutenir les familles, les écouter et leurs permettre de dialoguer librement,
- Donner une place aux malades, qui sont accueillis au sein du café de la même manière que le sont les aidants,
- Rompre l'isolement et lutter contre le sentiment de solitude des aidants face à l'accompagnement d'un proche malade.

➤ Le Café Mémoire Itinérant est gratuit, ouvert à tous, et a reçu en 2010 le prix de la fondation Médéric Alzheimer

A l'automne 2011, dans le cadre de la Semaine Bleue, une action partenariale entre la MSA et certaines caisses de l'Agirc-Arrco avait déjà été mise en place sur le secteur de Mornant-Soucieux-en-Jarrest (toujours dans le Rhône), et l'action théâtrale avait rassemblé une centaine de personnes.

Dans le cadre de ce partenariat renouvelé sur le secteur de Belleville, le principe est le suivant : L'action théâtrale organisée conjointement à l'organisation du Café mémoire itinérant permet de mobiliser le grand public autour de la question de la maladie d'Alzheimer (et plus largement de la dépendance) en optant pour une stratégie d'information et de sensibilisation à l'aspect « plus convivial » que les actions habituellement envisagées pour évoquer ce sujet.

Les actions de Café Mémoire Itinérant portées par la MSA sont en principe réalisées en milieu rural, où l'offre et la « prise en soins » des personnes touchées par la maladie est moins importante, et où la culpabilité, le sentiment de honte souvent propres aux aidants sont peut-être des fardeaux plus difficiles à porter qu'en milieu urbain.

Organiser des actions et des lieux de parole n'est donc pas toujours suffisant : Il est désormais nécessaire de penser aux leviers qui vont décider les personnes à venir prendre l'information là où elle se trouve.

Par le biais des questionnaires qui ont été remplis par les personnes présentes lors de l'action de débat théâtrale du 10 mai 2012, l'objectif était de parvenir à la fois

- à sensibiliser le grand public aux 1ers signes possibles de la maladie,
- à repérer les personnes susceptibles d'être intéressées par l'action de café Mémoire itinérant organisé parallèlement à Chénelette.

➤ Rappel du contexte local / choix du territoire

Les besoins sur le secteur du Beaujolais, en lien avec la maladie d'Alzheimer, tant en matière de sensibilisation et repérage que de prise en charge des malades, sont importants.

Au cours du 1^{er} semestre 2011, la MSA avait déjà organisé un *Café Mémoire itinérant* à Lantignié, à mi-chemin entre Belleville et Beaujeu. Ce café a connu un grand succès car il répondait parfaitement aux attentes des habitants.

Cette action correspondait également à une attente du **Réseau Mémoire Beaujolais Val de Saône**. Ce réseau implique tous les partenaires concernés par la prise en charge des pathologies de type Alzheimer - neurologues, gériatres, neuropsychologues, infirmiers et autres intervenants à domicile du secteur - et propose une consultation mémoire au sein de l'hôpital local de Belleville.

A l'occasion de la journée mondiale de lutte contre la maladie d'Alzheimer, en septembre 2011, l'hôpital de Belleville avait organisé une rencontre avec le grand public autour de stands tenus par bon nombre d'institutions, dont la MSA, ainsi qu'une grande conférence animée par un médecin gériatre, le docteur Pétigny, praticien à l'hôpital de Belleville.

Cette journée a connu un grand succès en accueillant plus d'une centaine de personnes intéressées par la conférence et les stands d'information.

C'est donc dans un contexte local très favorable que l'action théâtrale de Belleville associée au Café Mémoire Itinérant de Chénelette a été conduite en mai 2012.

➤ Mise en place du projet :

Date du spectacle : le 10 mai 2012

Lieu : au théâtre de Belleville / La gratuité de la salle avait été accordée par la municipalité pour la mise en œuvre du projet.

Travail préparatoire pour les comédiens de la compagnie les désaxés Théâtre :

- Un temps d'échange sur le principe des cafés mémoires itinérants, en présence de la compagnie Les Désaxés Théâtre, Alain Sagne, Ingrid Mialon de la MSA et Emilie Nicoloso du groupe Humanis (faisant partie de l'agirc-arrco),
- de la documentation prêtée par la MSA autour de situations concrètes relatives au vécu des malades et des aidants,
- Un temps d'échange à Lyon organisé avec les travailleurs sociaux de la MSA qui animent habituellement le café, ainsi que 2 aidants familiaux dont les conjoints étaient atteints par cette maladie.

Ces aidants avaient participé au Café Mémoire de Lantignié quelques mois auparavant, et avaient donc la distance et la réflexion nécessaires pour témoigner, raconter leur vécu aux comédiens, sans que cela soit trop difficile pour eux. Ces deux aidants étaient régulièrement en contact avec nos travailleurs sociaux, et la relation de confiance était suffisante pour que cette proposition de témoigner leur soit faite.

Profil des aidants :

Un monsieur viticulteur à la retraite, dont l'épouse était toujours en vie mais gravement touchée par les troubles,

Une dame retraitée dont l'époux était déjà décédé lors de la rencontre à Lyon avec les comédiens.

Cet échange a d'ailleurs été vécu par eux comme une étape supplémentaire dans leur cheminement face à la maladie.

Environ 5 à 6 saynètes mettant en scène des familles touchées par la maladie ont pu être tirées de ce travail préparatoire (environ 45 minutes de temps théâtral).

A l'issue de cette présentation, le psychologue Alain Sagne a pris la parole pour échanger avec le public autour des situations évoquées par les comédiens.

Les échanges avec la salle ont d'ailleurs duré plus longtemps que prévu (50 minutes), alimentés par les témoignages et les questions autour des situations problématiques posées par les comédiens (notamment comment faire admettre la réalité de la maladie au sein d'une famille, comment peut s'organiser le départ en structure spécialisée, le rapport à l'argent lorsque la solidarité doit s'organiser pour financer un hébergement adapté, le rapport au patrimoine, etc...).

A l'issue de ces échanges, un pot convivial était organisé pour poursuivre les échanges.

Il faut préciser qu'à l'occasion de cet après-midi, les principales structures du secteur, impliquées dans les actions de maintien à domicile étaient présentes sous forme de stands d'information.

L'après-midi s'est terminée vers 17h, après le ramassage des questionnaires remplis par les participants.

Au plus fort de la journée, 118 personnes étaient présentes.

Lors du bilan réalisé sur la base des questionnaires, on note que les participants ont globalement tous été satisfaits de cette journée : Bon nombre de commentaires ont été faits sur le réalisme et la justesse des saynètes, même si l'aspect parfois sombre des mises en situations a pu gêner quelques spectateurs.

Financement de l'action globale sur le secteur :

- Café Mémoire Itinérant de Chénelette : libre, gratuit et ouvert à tous, entièrement financé par la MSA
- Action théâtrale Belleville : libre, gratuit et ouvert à tous, la prestation des Désaxés Théâtre ainsi que celle d'Alain Sagne ont été financées par les groupes Humanis, Agrica et Apicil.

Ingrid MIALON

Chargée d'études en action sanitaire et sociale – MSA Rhône

Crise à l'adolescence et crise de la sénescence : des enjeux communs ?

Mon travail de psychologue clinicienne me conduit à rencontrer des adolescents et des sujets âgés, déstabilisés et déstabilisants, pour beaucoup en souffrance psychique. Je travaille actuellement en Point Accueil Ecoute Jeunes et Familles, au Centre Jean Bergeret, et en E.H.P.A.D (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). J'ai travaillé plusieurs années en Gériopsychiatrie.

Le travail clinique auprès des adolescents et des personnes âgées, ainsi qu'auprès de leur entourage : parents, familles, professionnels et équipes, donne à éprouver et à penser des différences et des similarités dans la rencontre et les enjeux psychiques. Nous questionnerons ici en quoi la crise à l'adolescence et la crise de la sénescence confrontent le sujet à ses limites, à la dépendance, et à une transformation profonde du Moi conduisant parfois à des passages à l'acte suicidaires. Nous tenterons d'éclairer ce que peuvent être le travail et la posture du clinicien dans l'élaboration de ces crises et la prévention des conduites à risques à des âges aussi différents.

Adolescence et sénescence

Par définition l'adolescence est «l'âge de la vie qui suit l'enfance et qui s'étend jusqu'à l'âge adulte»¹. Elle est une période pendant laquelle le sujet est poussé à grandir, physiquement, psychologiquement et socialement. Certains auteurs s'interrogent sur le fait que cette période soit définie comme une transition, une crise ou un changement² (Taborda-Simoes (2005), Morhain (1991)). Qu'elle soit bruyante ou «à bas bruit», l'adolescence n'implique pas moins un remaniement identitaire majeur et difficile.

L'adolescent est fragile, il est mis à mal par les transformations imposées au corps par la puberté et au psychisme par le pubertaire (Gutton, 1991). Ces deux phénomènes, nous rappelle François Marty, «constituent dans leur survenue (...) un traumatisme, une effraction du pare-excitation provoquant une désorganisation de la psyché»³.

Paradoxalement, ce que vise le processus adolescent est **l'intégration** de l'identité sexuelle, le réaménagement des relations infantiles et l'amorce d'un travail de séparation. Il implique «la déstructuration du symbolique infantile» (Morhain, 1991) au profit de nouvelles façons d'appréhender le monde, sa place et ses relations. *C'est un voyage en vents contraires, une traversée dans et de la tempête autrement dit un «rhumb» adolescent* (Morhain, 1991).

Mais pourquoi quitter la sécurité des terres de l'enfance ? Pour devenir qui ? L'adolescent va devoir se trouver de nouveaux repères, de nouveaux modèles auxquels il va s'identifier. Par le processus d'identification, l'adolescent «[...] assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci» (Laplanche et Pontalis, 1967). Les «transformations» des adolescents sont variables, disparates, éphémères ou massives. «Je ne le reconnais plus» disait ce parent au Point Ecoute. Les vieilles identifications, notamment celles aux parents tombent, comme les vêtements au pied du lit, pour laisser place à d'autres. Certains parents, qui jusqu'alors étaient admirés et écoutés se trouvent relégués voire repoussés jusque dans leurs attributs. Le miroir se brise pour chacun, l'adolescent «se casse».

L'autonomie, la séparation sont dans certains cas vécus comme une menace pour l'individu et/ou le groupe familial qui craint de s'effondrer ou d'éclater. «Dans un tel contexte, nous dit Denis Vallée, la tentative de suicide représente une sorte de répétition générale qui préfigure le prochain départ de l'adolescent ou bien de l'adulte jeune hors du cercle de famille, comme si tout le système familial testait ses propres capacités à supporter ce départ»⁴.

¹ Centre National de Ressources Textuelles et lexicales

² M. DA CONCECAO TABORDA-SIMÕES «L'adolescence : une transition, une crise ou changement ?» Groupe d'étude de psychologies/Bulletin de psychologie 2005/5, N° 479, pp. 521-532

³ Marty François, «processus de subjectivation à l'adolescence» in Adolescence et Affiliation (collectif), Presses de l'université du Québec, 2010, pp.47-59

⁴ Vallée Denis, « Tentative de suicide et suicide, les tragédies de l'adolescence », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2008/1, n° 40, pp. 237-252.

A un niveau moins radical, la fugue met en scène et favoriserait l'émergence d'éprouvés de mort, de perte et de désorganisation. Pascal Roman nous rappelle à quel point «perdre l'enfant» nécessite pour les parents d'adolescents de renoncer à leurs propres objets d'enfance et à reprendre «des restes non élaborés de leur propre expérience de séparation à l'égard des figures parentales»⁵. L'auteur nous conduit à penser et à accompagner la famille de l'adolescent vers l'accès à «une position dépressive familiale» favorisant le mouvement de séparation-individuation indispensable au devenir de l'adolescent (Roman 2005).

L'adolescence est un processus créatif et violent qui ne peut être contenu par l'adolescent seul. L'environnement familial, scolaire, social et le groupe de pairs seront autant de points d'appuis, de repères et de points de butée nécessaires à la construction narcissique et identitaire de l'adolescent (Billon et Chardon 2012). Il est essentiel que ce processus soit engagé, soutenu ou relancé lorsqu'il a été entravé. Si la crise peut être violente et dérangement, l'absence de crise nécessite plus encore d'être interrogée.

La sénescence est définie dès 1876 par l'«ensemble des processus physiologiques par lesquels un organe ou un sujet évolue après la période de vitalité maximale»⁶. Le mot vient du latin *senescere* autrement dit : «vieillir». Elle désigne un ensemble de phénomènes non pathologiques. Sans doute devons-nous convenir que, bien que disposant de critères scientifiques pour évaluer le vieillissement, «On ne sait pas à quel âge commence la vieillesse, comme on ne sait pas où commence la richesse» (Bourdieu, 2000). Les échelles et mesures sont toujours relatives.

L'adulte vieillissant est confronté à de nombreux changements tant sur le plan physique et familial que sur le plan social avec le passage à la retraite ou l'entrée en établissement pour personnes âgées. Il est de fait contraint à s'installer dans de nouvelles limites et conduit à rechercher une nouvelle identité. Avec l'avancée en âge, «Il faut essayer nous dit Laurence Loumagne, de faire correspondre l'image de soi avec celle qui nous est renvoyée»⁷. Nous ne développerons pas ici les représentations sociales, et sociétales du sujet vieillissant mais retiendrons qu'elles sont soit déniées, le vieux reste jeune, soit disqualifiantes et/ou culpabilisantes, le vieux coûte cher.

Comme à l'adolescence, le corps s'impose. Non pas un corps qui croît et se fortifie, mais un corps qui décroît et parfois chute⁸, dévoilant sa fragilité et sa finitude (Roos, 2008). La peau et les enveloppes, réelles et symboliques, s'affinent, s'abîment et se fragilisent. «Le vieillissement touche ainsi l'enveloppe du corps psychique qu'Anzieu (1985) a appelée le moi-peau (...)» écrit Pierre Charazac. «On retient, ajoute-t-il, (...) que plus l'enveloppe se fragilise, plus les échanges entre dedans et dehors se font difficilement et plus le monde extérieur devient dangereux». Le risque d'isolement, et de dépression, est majeur.

La sénescence marque la fin de l'apogée de l'âge adulte. Vieillir certes, mais pourquoi faire ? Pour devenir qui ? Sous l'effet des modifications imposées par l'âge, au corps comme à la psyché, le jeu des identifications est relancé. Le sujet doit se trouver de nouveaux modes d'identifications intégrant ceux du passé et permettant de «nouveaux apprentissages compétitifs au regard des personnes du même âge» (J. Bergeret, 1982). La crise sollicite massivement le Moi et son narcissisme. Elle est parlée par Jean Bergeret comme «la deuxième crise d'adolescence» (Bergeret, 1982). Cette nouvelle crise d'identité, écrit-il, «remet (...) en question la façon dont le sujet se considère face à lui-même et face aux autres (...)»⁹.

Comme à l'adolescence, les fonctions de contenance, de pare-excitation et d'individuation sont fragiles et ce qui ne peut être contenu par le sujet âgé seul, s'exporte dans les liens avec l'entourage. La crise de la sénescence est aussi affaire de couple (Chardon, 2011 - Talpin Joubert 2008) et de famille. Lorsque la dépendance se profile ou s'installe, les équilibres trouvés à l'âge adulte, et les places de chacun des membres de la famille sont bousculés et réinterrogés.

⁵ Roman Pascal, « Perdre l'enfant » : le deuil de l'infans chez les parents d'adolescents», *Psychothérapies*, 2005/3, Vol 25, pp. 187-197.

⁶LUYS J., *Le Cerveau et ses fonctions*, p. 128 dsQUEM. DDL t. 8

⁷Loumagne Laurence, «Temps d'une relation création : l'ergothérapie et les personnes âgées» in «Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement» sous la direction de J. Guillaumin et H. Reboul, *Chronique sociale* (1982), pp. 107-109.

⁸Roos Catherine, «Des chutes en abîme, une chute en cache une autre...», *Champ psychosomatique*, 2008/1, n° 49, pp. 95-112

⁹ Bergeret Jean, «la deuxième crise d'adolescence» in «Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement» sous la direction de J. Guillaumin et H. Reboul, *Chronique sociale* (1982) pp. 71-78.

L'évolution de la crise à la sénescence s'inscrit dans un mouvement inverse à celui rencontré dans l'adolescence, nous dit Jean Bergeret. La crise chez l'adolescent surgit après une période de latence alors que chez le sujet âgé la période de latence se présente comme un aboutissement à la crise. Nous avançons l'idée que cette latence permet une mise en veille du conflit «entre l'inconscient intemporel, qui de ce fait ignore la mort, et le préconscient, qui sait la mort propre à venir» (Talpin, 2005). Elle est une période propice aux sublimations. Pour Jacques Gaucher, «Le Moi est entré dans une autre phase de développement» (Gaucher, 1995). La créativité, en appui sur la libido, a toute sa place.

Adolescence et sénescence participent aux fondations et refondations du Moi. «Je crois réaliste d'émettre, sans trop de prétention, nous dit Jean Bergeret, l'hypothèse qu'il est souvent possible de prévoir chez un sujet donné «comment il vieillira» dans des conditions spontanées (...) en se référant à ce que nous connaissons des conditions dans lesquelles se sera déroulée autrefois sa crise d'adolescence et de la façon dont elle se sera résolue»¹⁰.

Crises et passages à l'acte

«La crise est une sortie du moi, une ek-stasis. Elle est un moment de rupture, un débordement du moi par excès d'excitations ou un envahissement pulsionnel, un ébranlement des moyens défensifs habituellement mis en œuvre par l'individu et une urgence de réorganisation»¹¹ nous dit Jacqueline Schaeffer. Le sujet est dans certaines circonstances débordé dans ses capacités de liaison, de représentation et de subjectivation. La désorganisation et la souffrance psychique deviennent prégnantes.

Nous avançons l'idée que la désorganisation du Moi, à l'adolescence comme à la sénescence, fait craindre un retour à l'état non intégré des origines. «L'intégration de la personnalité ne se produit pas un certain jour à une certaine heure, nous rappelle Winnicott, elle se fait et se défait (...)» (Winnicott, 1958). Lorsque «l'intégration structurée» n'est pas suffisamment solide, ou suffisamment maintenue (holding), l'omnipotence et le principe de plaisir s'imposent au sujet comme à son entourage (Winnicott, 1960).

Quels seraient, dans le contexte de ces crises, les enjeux du passage à l'acte suicidaire ? «Je sais pas ce qui me retient de sauter par la fenêtre» disait cette femme peu après son entrée en E.H.P.A.D. Sans pouvoir ici développer cette question, nous rejoignons Patrick Ange Raoult lorsqu'il propose que L'acte se présente comme un recours, ou un passage obligé. En référence à Claude Balier, l'auteur distingue le passage à l'acte «comme court-circuit de la mentalisation, à la fois évacuation et décharge de l'agressivité non-liée» et le recours à l'acte, «moyen de défense protégeant d'une désorganisation du moi consécutive à des angoisses de perte, à l'envahissement d'imagos archaïques, à la crainte de la passivité»¹². Comment alors prévenir les actes, parfois violents et destructeurs, liés aux souffrances et désorganisations psychiques, et accompagner les sujets ?

Du côté de la clinique

Dans le registre de la prévention il sera parlé pour les adolescents de prévention des conduites suicidaires et des conduites à risque. «Le terme de conduites à risque, appliqué aux jeunes générations, désigne une série de conduites disparates dont le trait commun consiste dans l'exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel, ou de mettre sa santé en péril»¹³ propose David Le Breton. Du côté de l'âgé il sera davantage parlé de «prévention des risques» (Charazac, 2011). La prévention auprès des sujets âgés tend parfois à imposer des impératifs de sécurité et d'hygiène de vie faisant réclamer à certains le droit au «risque de vivre».

Nous ne pourrions ici entrer dans le détail des différences entre les notions d'actes suicidaires, de conduites suicidaires et de conduites à risques, nous retiendrons qu'elles engagent le sujet, à des niveaux différents, à des passages ou des recours à l'acte comme issue ou voie d'expression.

¹⁰ Bergeret Jean, «la deuxième crise d'adolescence» in «Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement» sous la direction de J. Guillaumin et H. Reboul, Chronique sociale (1982), pp. 71-78

¹¹ Schaeffer Jacqueline, «les séparations intra-psychiques du milieu de la vie et le syndrome du nid vide», Cahiers de psychologie clinique, 2008/2, n°31, pp. 89-106

¹² Raoult Patrick Ange, « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte », *Bulletin de psychologie*, 2006/1, N° 481, pp. 7-16

¹³ Lebreton David, «les conduites à risque des jeunes» in Adolescents et conduites à risque, Prévention et écoute sous la direction de P. Dessez et H. De La Vaissière, 2007, pp. 21-34

La prévention des conduites à risques, et des passages à l'acte, nous semble relever de la capacité de l'environnement à porter attention, à soutenir la mise en liens, en mots et en sens de ce qui vient déborder. Elle s'appuie sur la capacité d'un ou plusieurs autres à accueillir, accompagner et transformer les projections souffrantes, désorganisées, violentes ou chaotiques du/des sujets. Autrement dit, elle mobilise les fonctions contenantantes et conteneur de l'entourage et si nécessaire, celles des cliniciens et des dispositifs.

Comme nous l'avons précédemment souligné (Billon, Chardon 2013), «notre travail de psychologues, (...) dans les Points Écoute, est un travail d'accueil et de transformation de ce qui fait crise, de ce qui est en souffrance et se donne à voir, à entendre et à éprouver dans la rencontre». Au Point Ecoute Jeunes et Famille de Saint-Priest nous accueillons des jeunes adultes, des adolescents et leur famille ainsi que des parents. Nous avons ainsi reçus Mme et Mr B. dans le cadre d'un soutien à la parentalité.

Mme B. appelle pour prendre rendez-vous pour elle et son mari, ils se sentent débordés par ce qui leur arrive, leur fils de 19 ans a été hospitalisé. Ils font part au téléphone de leur détresse et de leur désarroi. Lorsque je reçois Mme et Mr B. la tension et «l'urgence» dans lesquelles ils se trouvent sont vives. Ils parlent vite, décrivent des scènes violentes et débordantes, parlent de corps à corps avec leur fils pour l'empêcher de se jeter sous le train ou de «se faire du mal». Le père fait part «des idées noires» et des cauchemars que son fils lui raconte au matin et qu'il craint de voir se réaliser «dans la réalité». Ils sont dans la peur permanente d'un passage à l'acte. Ils s'organisent pour être toujours présents à la maison, ils disent ne plus sortir et ont renoncé à leurs vacances. Leur fils est dans sa dernière année de formation professionnelle en secrétariat et a de bons résultats malgré ses craintes et ses mouvements de disqualification. Suite à son hospitalisation, il a été pris en soin par la psychiatrie de secteur, et par un psychiatre en libéral.

Au cours des entretiens qui s'étendront sur une période d'une année scolaire Mme et Mr B. trouveront un espace de dégagement du lien d'emprise composant la trame du lien familial. Ils viendront régulièrement, en couple, retrouvant «un temps pour eux». Ils parleront chacun de la manière dont ils ont investi ce fils unique, né tardivement, et des craintes qu'ils ont, et ont eu de ne pas suffisamment le protéger et de le perdre. Mr B. évoquera, et reprendra dans le cadre d'une thérapie individuelle en libéral, «la perte» de sa mère décédée lorsqu'il avait 5 ans. Ils souligneront l'impuissance dans laquelle ils ont été et sont parfois placés. Ils diront accepter que leur fils leur échappe et qu'ils ne peuvent pas tout. Au fil des rencontres, Mme et Mr B. verbaliseront et détermineront ce qu'il leur est possible, ou pas, d'entendre et de supporter au quotidien. Ils se montreront plus limitant, plus en lien avec leurs émotions propres et leurs désirs. Le couple dira saisir davantage les enjeux «des scènes» que leur fils provoque et ils retrouveront peu à peu, ainsi que leur fils, la possibilité d'investir des espaces différenciés et des projets.

«En étant accueillis, reconnus, élaborés et quelques fois nommés, les éléments bruts issus de l'expérience sensorielle et émotionnelle deviennent des éléments «mis à disposition de la pensée» propose W.R. Bion. Cette mise à disposition de la pensée, ou mentalisation, concourt, dans sa dimension représentative et imaginative, à la prévention des passages à l'acte. Elle participe du travail psychique qui sous-tend plus largement les processus d'intégration, de subjectivation et de symbolisation.

Pour Conclure

«Le suicide ne répond pas à une position subjective, mais relève d'une incapacité temporaire à soutenir cette position» nous rappelle Jacques Védrine. En accueillant ce qui est «en souffrance de sens» (Roussillon), ce qui «déborde» et «désorganise», jusque dans les entretiens et les prises de rendez-vous, le clinicien fait exister, en un lieu et un temps, un espace de projection et de transformation. Il ouvre à la possibilité de mettre en mots et en sens ce qui fait effraction dans la psyché et conduit au passage ou au recours à l'acte. L'entretien clinique soutient non seulement le travail de transformation mais il contribue à une réappropriation par le sujet, et/ou par son entourage de la fonction de transformation elle-même. Il permet de renouer avec les processus de subjectivation et de symbolisation. Ces processus sont mis en difficulté par l'intensité des crises identitaires et la fragilisation du Moi. Nous avons vu, en appui sur les propos de Jean Bergeret, que la crise de l'adolescence et la crise de la sénescence ne sont pas sans écho l'une avec l'autre. Est-ce à dire que la prévention des conduites à risque, et la clinique développée à partir de la pratique en Point Ecoute, sont à envisager sous d'autres primats que le primat de l'âge ?

Christine CHARDON

Psychologue Clinicienne

RELAIS D'INFORMATIONS...CRPCS

Vous trouverez sur le site internet de l'**ACJB**, les textes des intervenants du colloque que nous avons organisé à l'occasion des 17èmes Journées Nationales de Prévention du Suicide (JNPS) :

«Le suicide des Personnes âgées : quelle(s) prévention(s)»

☑ Lors de cette manifestation nous avons proposé à nos auditeurs, l'édition 2013 de notre parution : «Focus sur la prévention des conduites suicidaires de la personne âgée en Rhône-Alpes», que nous mettons également à votre disposition...

Aussi, vous pourrez accéder à la bibliographie thématique, sélective préparée par le service *documentation* du CRPCS à cette occasion : «Le suicide du sujet âgé» - janvier 2013

☑ Depuis lors, nous avons intégré d'autres documents sur cette thématique, dans notre base de données, parmi les documents accessibles en texte intégral :

BAZIN (N.)

Conduites suicidaires et dépression du sujet âgé (Synthèse)

Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. Volume 2, Supplément 1, septembre 2004, pp. 29-33
<http://www.ile.com/e-docs/00/04/10/02/article.phtml>

BOSQUART (O.)

Prévention du suicide et évaluation du potentiel suicidaire de la personne âgée en médecine générale, Université de Nantes. Nantes : Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, 2007, 126 p.

<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=207e5e1b-7871-492c-9cad-ae33774e068>

MISHARA, Brian L. (Ph. D)

La réalité du suicide des aînés au Québec : défis pour la prévention. Journée Régionale sur le suicide et les aînés, Shawinigan (Québec), 9 avril 2013, Université du Québec à Montréal (UQAM), Power Point, non paginé

http://fr.slideshare.net/CRISE_UQAM/mishara-ainesaqpsshawinigan2013

[Ce document provient des «Webinaires de CRISE» (Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie) qui donnent également accès à d'autres travaux sur le suicide]

Elderly suicide rates hitting new highs as traditional social networks break down"

<http://www.sunnewsnetwork.ca/> : 16 juin 2013

<http://www.torontosun.com/2013/06/15/elderly-suicide-rates-hitting-new-highs-as-traditional-social-networks-break-down>

Actualités Agenda :

☑ **11ème Journée mondiale de prévention du suicide** - 10 septembre 2013

http://iasp.info/wspd/pdf/2013/2013_wspd_brochure_french.pdf

Actualités

☑ L'Association HABEO (Handicap, Age, Bientraitance, Ecoute, Orientation) qui gère le numéro national de signalement de maltraitance des personnes âgées : **3977** et Alma France (ALlo MALtraitance des Personnes Agées et/ou des personnes Handicapées) qui en effectue la prise en charge, voire le signalement aux autorités (grâce à ses antennes départementales), se sont unies dans une nouvelle confédération avant une fusion de leurs activités en 2014 (ASH 21/06/2013, N° 2815)

☑ **Installation du Comité national pour la bientraitance et les droits** (02/2013)

<http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/installation-du-comite-national,15576.html>

Décret :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026916037&fastPos=1&fastReqId=205604655&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

☑ **Rapport Monalisa. Préconisation pour une MOBilisation Nationale contre l'ISolement social des Agés.**

Remis le 12 juillet 2013 à Michèle Delaunay, Ministre Déléguée aux Personnes âgées et à l'autonomie.

Animateur du groupe de travail Monalisa : Jean-François Serres, 2013

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Monalisa_BD.pdf

☑ **Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir.** Comité Consultatif National d'Ethique, Rendu avis n° 121, 30/06/2013

http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_121_0.pdf

☑ **Compte-rendu de la commission des Affaires Sociales du 26 juin 2013**

[Table ronde sur la prévention du suicide](#)

Outils :

Mieux repérer l'isolement des personnes âgées – (Les maison du Rhône, un réseau de professionnels à votre écoute), Département du Rhône (09/2012)

http://www.rhone.fr/content/download/5608/60186/version/2/file/plaquette_isolement_personnes_agees.pdf

Généralisations Seniors – Guide pratique des aînés «Des infos, des réponses et des solutions pour tous les séniors et leur famille afin de mieux vivre la ville de tous les jours»

Hors série encarté dans *Lyon Citoyen*, avril 2013, 24 p.

<http://www.lyon.fr/page/lyon-citoyen.html> (Archives 2013)

Martine GUILLAUME

Documentaliste CRPCS

Attention nouveau mail ! :

mguillaume-crpcs@acjb.org

© Association Centre Jean Bergeret (ACJB)
Centre Régional de Prévention des Conduites Suicidaires Rhône-Alpes (CRPCS)

Edition Juillet 2013
Parution semestrielle

- Responsables éditoriaux : Isabelle BOUET-RIVOAL, Max PAVOUX
- Composition : Mary GRATALOUP, Martine GUILLAUME
- Actualités & Documentation : Martine GUILLAUME

Centre Régional de Prévention des Conduites Suicidaires Rhône-Alpes

crpcs

ACJB – CRPCS - 9, Quai Jean Moulin 69001 Lyon
Tel. : 04.72.10.94.30 / Fax : 04.78.27.61.84

@ : crpcs@acjb.org

<http://www.acjb.org/>

