



NATIONALES
SUIZIDPRÄVENTIONS
PROGRAMM

Vernetzen | Informieren | Aktivieren

Quand le vieillissement devient un fardeau

Prévention du suicide chez les personnes âgées

Publié par le groupe de travail « *Alte Menschen* »
(Personnes âgées) dans le cadre du Programme
national de prévention du suicide en Allemagne

Sommaire

La prévention du suicide est possible	4
La situation des personnes âgées et en fin de vie	6
Signes avant-coureurs d'un risque de suicide	8
Développement des tendances suicidaires chez les personnes âgées	9
• Souffrance et crises	9
• Vieillesse et maladies mentales	11
• Démence et suicide	12
• Les maladies physiques chez les personnes âgées et leurs conséquences sur l'autonomie et le quotidien	12
• La perte du conjoint	13
• La perte d'autonomie	14
• « Vivre vieux a-t-il du sens ? »	15
• Religion et spiritualité	15
Prévention du suicide, aide en cas de crise et accompagnement thérapeutique à long terme	16
• Préparation à la vieillesse	16
• Accepter l'aide en cas de maladie ou de handicap	18
• Conversations avec des personnes âgées suicidaires	18
• Aide à la fin de vie	20
• Aide aux proches	21
Assistance juridique et réglementation	22
• Directives anticipées, procuration de prévoyance, tutelle	22
• Cadre juridique de la prévention du suicide et de l'aide à mourir	23
Contacts, interlocuteurs	24
Sources et références bibliographiques	26
Mentions légales	27

La prévention du suicide est possible

Personne n'aime en parler. Pourtant, le problème est bien présent : tout indique que les personnes âgées sont exposées à un risque accru de suicide. Sur plus de 10 000 personnes qui se suicident chaque année en Allemagne, plus de 40 % ont 65 ans ou plus. Or, cette catégorie ne représente que 22 % de la population totale. En Allemagne, une personne de plus de 65 ans met fin à sa vie toutes les deux heures.

Il s'agit bien souvent d'une mort silencieuse, à peine remarquée par les autres. Derrière l'intention de se tuer et la décision de passer à l'acte se cache fréquemment une situation de vie désespérée et apparemment sans perspective. Les problèmes sont perçus comme dépourvus de solutions. Ils se condensent en une crise grave, une crise qui se profilait depuis déjà longtemps ou qui peut être déclenchée par des événements critiques survenant dans la vie. Pour la personne, l'espoir d'un changement s'évanouit. Vivre dans de telles circonstances semble ne plus avoir de sens. Une diminution de la qualité de vie, due par exemple à une maladie physique ou mentale ou encore à la perte d'un proche et à l'isolement social, peut mener à une situation insupportable. Les actes suicidaires chez les personnes âgées sont souvent davantage un geste ultime, dans une situation de vie qui semble sans espoir, plutôt qu'un appel à l'aide.

Les actes suicidaires sont, du fait d'une image plutôt négative de la vieillesse, plus facilement acceptés chez les

personnes âgées que chez les jeunes. Certains termes allemands (« Freitod », la mort volontaire, ou « Bilanzsuizid », le suicide « bilan »), suggérant une décision prise librement, sont particulièrement utilisés pour les personnes âgées, de nombreuses personnes considérant la vieillesse comme un fardeau personnel et social. Pour beaucoup, le suicide à la fin d'une vie « déjà vécue » semble plus sensé et acceptable que celui d'une personne jeune, qui aurait sûrement encore pu se redresser dans la suite de sa vie.

Par conséquent, il n'est pas surprenant qu'en dépit du risque accru de suicide chez les séniors, il y n'ait que peu d'efforts fournis pour prévenir les causes des crises et actes suicidaires chez les personnes âgées. En outre, les investissements dans la prévention du suicide – lorsqu'ils existent – semblent plus utiles chez les jeunes que chez les personnes âgées. On observe également un manque de mesures de soutien aux personnes âgées en situation de crise, lesquelles ne connaissent pas les aides existantes ou n'y ont que trop rarement recours.

La présente brochure vise à décrire la spécificité du risque de suicide chez les personnes âgées ainsi que les actions permettant de prévenir le suicide et de porter assistance en cas de crise. Il s'agit également d'engager une réflexion sur une organisation de vie saine ainsi qu'une discussion autour des questions existentielles sur la fin de vie. La prévention du suicide chez et pour les personnes âgées commence très tôt et exige une préparation proactive à la vieillesse.

Cette brochure s'adresse

- aux personnes qui souhaitent s'informer activement sur le suicide et la prévention du suicide
- aux personnes qui ont des pensées suicidaires ou qui sont en situation de crise personnelle
- aux proches de personnes âgées présentant un risque suicidaire dans leur entourage
- aux personnes qui travaillent ou s'engagent au quotidien avec des personnes âgées

Dans ce cadre se posent trois questions fondamentales

1. Comment peut-on identifier un risque de suicide chez les personnes âgées ?
2. Comment peut-on le prévenir ?
3. Quels sont les possibilités d'aide disponibles ?

La prévention du suicide est possible. La science et les diverses expériences pratiques le montrent clairement. C'est justement sur cette base que l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, demande aux États de mettre en œuvre des stratégies globales de prévention du suicide sur leur territoire.



Les auteurs de cette brochure sont membres d'un groupe de travail qui, dans le cadre du Programme national de prévention du suicide en Allemagne (*Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*), se penche sur les tendances suicidaires et la prévention du suicide chez les personnes âgées et s'attache à améliorer l'offre de soins.

Cette brochure a été réalisée avec le soutien du Ministère fédéral allemand de la Famille, des Personnes âgées, de la Femme et de la Jeunesse (*Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*).

La situation des personnes âgées et en fin de vie

De tous temps, certaines personnes parvenaient à un âge avancé. Cependant, en raison des évolutions sociétales des dernières décennies, nous faisons aujourd'hui face à une situation radicalement nouvelle : c'est désormais une large part de la population qui parvient à un âge avancé ; c'est d'ailleurs la catégorie de personnes qui croît le plus. Les habitants des pays industrialisés sont de plus en plus nombreux à concrétiser le vœu séculaire d'une longue vie. D'un autre côté, il existe beaucoup de questions et de craintes sans réponse, l'humanité n'ayant encore que peu d'expérience face à cette situation nouvelle. L'âge avancé est-il synonyme de longue vie prospère, en bonne santé, ou bien d'une vie présentant de plus en plus de difficultés ? À quelles transformations sociales les personnes âgées et la société dans son ensemble devront-elles faire face ?

Aujourd'hui encore, la notion du vieillissement est souvent négativement connotée, bien qu'il soit désormais acquis que la vieillesse ne s'accompagne pas nécessairement d'une décrépitude générale. L'image de la vieillesse est devenue plus nuancée. On distingue plus clairement les chances qu'offre cette phase de vie, et on les saisit. Pourtant, il reste vrai que la probabilité de tomber

malade ou de devoir recourir à des soins augmente particulièrement à un âge très avancé. Cela est associé au fait de devoir tolérer de plus en plus une décroissance de l'autonomie au quotidien, ce qui peut mettre à mal l'estime de soi.

Néanmoins, on peut noter qu'une bonne moitié des personnes âgées de plus de 90 ans mènent leur vie de manière indépendante et que 70 % d'entre elles ne souffrent d'aucune déficience grave de leurs capacités intellectuelles. De nombreuses personnes âgées vivent dans leur propre maison, de leurs propres moyens et peuvent faire appel à une aide extérieure si nécessaire. D'autres ne peuvent plus gérer leur vie aussi indépendamment qu'ils le souhaiteraient, et beaucoup nécessitent des soins en établissement.

En vieillissant, les personnes continuent leur train de vie tel qu'elles l'ont façonné pendant des années. Puis s'ajoutent de nouvelles possibilités et activités. Après avoir consacré beaucoup de temps et d'énergie à leurs enfants et à leur travail, le moment arrive de construire un nouveau quotidien en profitant de cette liberté acquise. La journée doit être restructurée, une perspective doit être développée pour le reste de la vie. Les objectifs et les projets contribuent au

bien-être. Pour faire face à ces circonstances nouvelles, il convient d'exploiter pleinement ses capacités et de s'appuyer sur les expériences acquises tout au long de sa vie. Accepter le vieillissement et la finitude de la vie sont des défis qui interpellent parfois jusqu'aux confins de la vie. Avancer vers la vieillesse implique d'admettre que sa situation personnelle peut encore évoluer.

Chaque personne a son propre vécu, sa propre histoire. Il n'existe aucune règle pour un vieillissement réussi. C'est justement à un âge avancé que les choses se mesurent à l'aune de sa situation individuelle. Le surmenage comme le manque de stimulation peuvent nuire à la santé et au bien-être.

Les pensées en fin de vie sont souvent associées à des questions existentielles sur le sens de la vie vécue et sur les perspectives qui s'amenuisent au fur et à mesure. Beaucoup de personnes parviennent à trouver leurs propres réponses à ces questions, ce qui les aide à stabiliser leur vie. Cependant, d'autres vivent leur situation et leur futur comme un poids pesant si lourd qu'ils ne trouvent aucune solution à leurs problèmes et aucune réponse pertinente à leurs questions existentielles. Cette misère existentielle, conjuguée à d'autres difficultés, peut conduire à envisager de mettre fin à sa vie.



Signes avant-coureurs d'un risque de suicide

L'apparition d'une tendance suicidaire se manifeste souvent par un sentiment de « restriction » : les personnes concernées rapportent qu'elles n'ont plus envie de faire ce qu'elles aimaient auparavant, même leurs activités sportives ou culturelles préférées ne paraissent plus intéressantes. Elles se retirent des relations sociales et interpersonnelles. Elles se sentent coincées dans leurs pensées « comme dans un étau » et ont tendance à ressasser. Les personnes touchées aux premiers stades d'une crise suicidaire expriment souvent des réflexions, telles que « plus rien n'a de sens... », « le mieux serait que je ne sois plus là... ».

Les annonces directes de suicides (« je veux en finir ») ou le sentiment pressant de devoir se tuer (« demain matin, tu le fais... ») sont à prendre très au sérieux.

Même une situation de « calme avant la tempête » peut indiquer un risque de suicide significatif. En effet, si une personne qui a déjà exprimé des pensées ou des intentions suicidaires semble soudainement plus détendue et ne parle plus du suicide, cela peut signifier que la décision du suicide a déjà été prise à ce stade. Jusque-là, la personne se trouvait dans un état tourmenté et hésitait entre « je veux me tuer » et « peut-être que quelqu'un m'aidera encore », un conflit intérieur indicateur d'une crise grave. La décision de se suicider semble rendre ces personnes soudainement apaisées, ce qui accroît d'autant plus le choc lorsque la personne passe finalement à l'acte.

Signes avant-coureurs du risque de suicide

- Sentiment de restriction
- Ruminations anxieuses, pensées suicidaires
- Perte d'intérêt, abandon des activités habituelles
- Retrait des relations sociales et interpersonnelles
- Annonce du suicide (directe ou indirecte)
- Tranquillité soudaine suivant l'expression de pensées suicidaires (« le calme avant la tempête »)

Développement des tendances suicidaires chez les personnes âgées

Souffrance et crises

Le vieillissement s'accompagne de changements sociaux et physiques qui sont très souvent vécus comme des restrictions, des pertes ou des souffrances. Dans de nombreux domaines de la vie, les possibilités individuelles sont de plus en plus limitées.

En général, les défis dus à ces limitations peuvent être gérés grâce à l'expérience de vie. La confiance en soi et le sentiment de sécurité peuvent compenser l'augmentation des limitations extérieures et de la dépendance.

Cependant, la situation peut aussi bien devenir insupportable s'il n'existe pas suffisamment de possibilités de se changer les idées, ni de souvenirs positifs. Si des personnes du même âge meurent autour de soi ou que la vie de couple évolue négativement, un sentiment de solitude ou d'aliénation intérieure peut survenir. Quand certaines tâches ne sont plus nécessaires ou ne peuvent plus être réalisées de la manière habituelle, parfois, le sentiment de ne plus être utile se développe. Des problèmes de santé peuvent diminuer la qualité de vie et restreindre ainsi le quotidien. La crainte de devenir dépendant de sa famille ou de professionnels de santé croît.



Des angoisses, l'impression de ne plus être pris au sérieux et les sentiments d'impuissance peuvent devenir intolérables. Du désespoir naît le désir de prendre une ultime décision individuelle, et de mettre fin à son existence. L'objectif poursuivi en général, c'est de trouver enfin la paix et la sérénité. Sa propre mort paraît donc la seule solution pour se libérer de cette situation tourmentée. Le facteur décisif est moins la gravité de l'évènement extérieur que l'idée de ne plus pouvoir surmonter une telle situation. Certaines personnes âgées estiment qu'un tel conflit intérieur est insurmontable. Néanmoins, elles expriment l'espoir d'un changement de leur situation même si elles n'y croient pas réellement.

Pour les personnes extérieures, cela conduit parfois à une situation qu'elles jugent contradictoire, dans laquelle les personnes désespérées espèrent obtenir de l'aide tout en exprimant leur souhait qu'on les laisse tranquilles.

Si l'on s'efforce de mieux comprendre cette expérience et ce comportement ambivalents, il est souvent possible d'apporter son aide de multiples façons. Comprendre pourquoi une personne dans une situation difficile songe à se suicider ne relève en fin de compte que d'un choix personnel. Des expériences douloureuses vécues dès l'enfance (par

exemple les séparations, les pertes, les insultes, les dévalorisations, la dépendance et l'impuissance) peuvent refaire surface et être gérées différemment en fonction du vécu et de l'offre d'aides disponibles. Surtout en vieillissant, lorsqu'il s'agit de préserver son indépendance, la marge de manœuvre et les possibilités d'action peuvent sembler dangereusement restreintes. De ce point de vue, il peut être difficile pour les personnes âgées d'avoir recours à un soutien ou une aide, qui pourraient pourtant contribuer à rendre leur situation actuelle plus supportable.

Exemple

Avant que sa femme ne tombe malade, jamais cet employé de 70 ans n'avait pensé à mettre fin à sa vie. Il y a un an et demi environ, le diagnostic est tombé : sa femme était atteinte d'un cancer du sein. À ce moment-là, elle a dû se faire opérer puis a subi une radiothérapie et une chimio. L'idée que sa femme puisse mourir et de se retrouver seul lui paraît alors insupportable.

À la suite de la chirurgie et du traitement, sa femme semble être guérie. Ils recommencent à faire des projets ensemble car il leur reste encore plein de choses à réaliser, et ce malgré une chirurgie des reins qui l'a éprouvé, lui aussi. Mais ensemble, ils y arriveraient, comme toujours, et dépasseraient leurs maladies plus ou moins graves. Et puis, un examen de suivi dévoile une nouvelle masse cancéreuse dans les poumons de sa femme, l'obligeant à un autre séjour à l'hôpital, et les pensées suicidaires reviennent. Il avoue à son médecin que depuis lors, ces pensées ne le quittent plus. L'idée de s'ôter la vie si sa femme vient à mourir grandit constamment en lui, devient une certitude. Il réfléchit déjà au lieu, à la manière. En pleurant, il explique à son médecin qu'il n'a personne et qu'il est incapable de surmonter cette situation seul. Il n'est pas encore passé à l'acte car il ne voulait pas que sa femme en pâtisse. Il doit attendre qu'elle meure pour en finir lui-même. Pourquoi rester en vie, pour qui, pour quoi ? « On a tout fait ensemble. Sans ma femme, la vie n'a plus aucun sens. »

Viellissement et maladies mentales

Environ une personne de plus de 65 ans sur quatre souffre d'une maladie mentale, dans la plupart des cas une dépression. Les autres maladies mentales les plus courantes chez les personnes âgées sont les troubles cognitifs (démence), les troubles anxieux, les psychoses et les addictions. La démence survient de manière bien plus fréquente à un âge avancé. Toutes les maladies mentales s'accompagnent d'un risque accru de suicide ; c'est particulièrement le cas de la dépression. Cela semble être dû au fait que la dépression est généralement associée au sentiment de ne plus rien valoir, de ne plus être productif, de souffrir d'une maladie physique qui met sa vie en danger, et au sentiment de culpabilité. De telles considérations peuvent acculer la personne, lui retirer l'espoir d'un traitement. Le suicide semble être la seule solution pour échapper à ces pensées et émotions tourmentées.

Ainsi, il est important de détecter les maladies mentales chez les personnes âgées, en particulier la dépression, et de faire comprendre aux personnes concernées qu'il s'agit d'une maladie avec une possibilité de thérapie. Les dépressions ne sont encore que trop peu détectées et traitées, en partie en raison de la supposition fautive selon laquelle il serait « normal » que les personnes âgées s'isolent, physiquement et mentalement. Traiter correctement une maladie mentale peut réduire considérablement le risque de suicide.

Signes d'une dépression chez les seniors

- Humeur morose, surtout le matin
- Manque d'entrain et insensibilité
- Diminution de la motivation et des intérêts (typiquement, indifférence envers les loisirs et activités auparavant importantes)
- Désengagement des relations sociales
- Capacité de concentration réduite
- Fatigabilité et épuisement rapide
- Estime de soi et confiance en soi en berne
- Sentiment d'être inutile et culpabilité irrationnelle
- Perspectives négatives
- Anxiété inhabituelle
- Pensées suicidaires
- Troubles du sommeil
- Perte d'appétit
- Perte de poids
- Troubles digestifs
- Perception anxieuse du corps
- Douleurs sans raison somatique

La dépression chez les personnes âgées peut également impliquer d'autres symptômes, tels que l'agitation ou l'irritabilité.

Démence et suicide

Il y a encore quelques années seulement, les scientifiques étaient d'avis que les personnes souffrant de démence ne faisaient pas face à un risque de suicide particulièrement élevé. Désormais, la science a démontré très clairement que ces personnes sont davantage exposées au risque de suicide, en particulier au cours de la première année suivant le diagnostic. Il en va de même pour les personnes souffrant de ce que l'on appelle des troubles cognitifs légers. En outre, le risque de suicide augmente lorsque le diagnostic de démence est posé à un âge relativement jeune (moins de 60 ans) ou lorsque les personnes concernées font face à d'autres facteurs de risque comme une tentative de suicide antérieure ou des troubles psychiques.

Toutefois, le risque de suicide est plus faible chez les personnes qui se trouvent dans les stades avancés de démence, lorsque les restrictions cognitives et physiques s'accroissent fortement. C'est pourquoi l'annonce du diagnostic de démence doit être réalisée avec une empathie et un soin particuliers, en soutenant la personne et si possible en incluant au maximum la famille et les proches.

Les maladies physiques chez les personnes âgées et leurs conséquences sur l'autonomie et le quotidien

L'autonomie et le bien-être dépendent fortement de la préservation des

fonctions physiques et mentales. Une restriction ou une perte de ces fonctions sont très souvent perçues comme une grave rupture. Les maladies physiques revêtent ici une importance particulière.

En vieillissant, ce sont surtout les maladies physiques chroniques qui apparaissent plus fréquemment. Ces maladies et leurs conséquences pèsent fortement sur la qualité de vie et l'autonomie des personnes touchées.

Selon les experts gériatriques, les troubles suivants nuisent durablement à la qualité de vie d'une personne âgée

- Douleurs chroniques
- Détresse respiratoire
- Mobilité réduite et paralysie
- Incontinence
- Diminution de l'acuité visuelle et cécité
- Diminution ou perte des capacités auditives
- Chutes et peurs de tomber



Dans un premier temps, cela affectera en particulier la mobilité de la personne touchée, puis les fonctions quotidiennes simples telles que l'habillement et la toilette. La perte de contacts interpersonnels associée peut mener à l'isolement et à la dépression.

Souvent, le fait de voir venir de potentielles restrictions, même si elles ne sont pas encore réelles, représente déjà une source de peur, une baisse de l'estime de soi, une sensation de perte de contrôle et un sentiment d'impuissance. Ce processus exige des efforts particuliers pour, si ce n'est compenser, apprendre à accepter la nouvelle situation.

La perte du conjoint

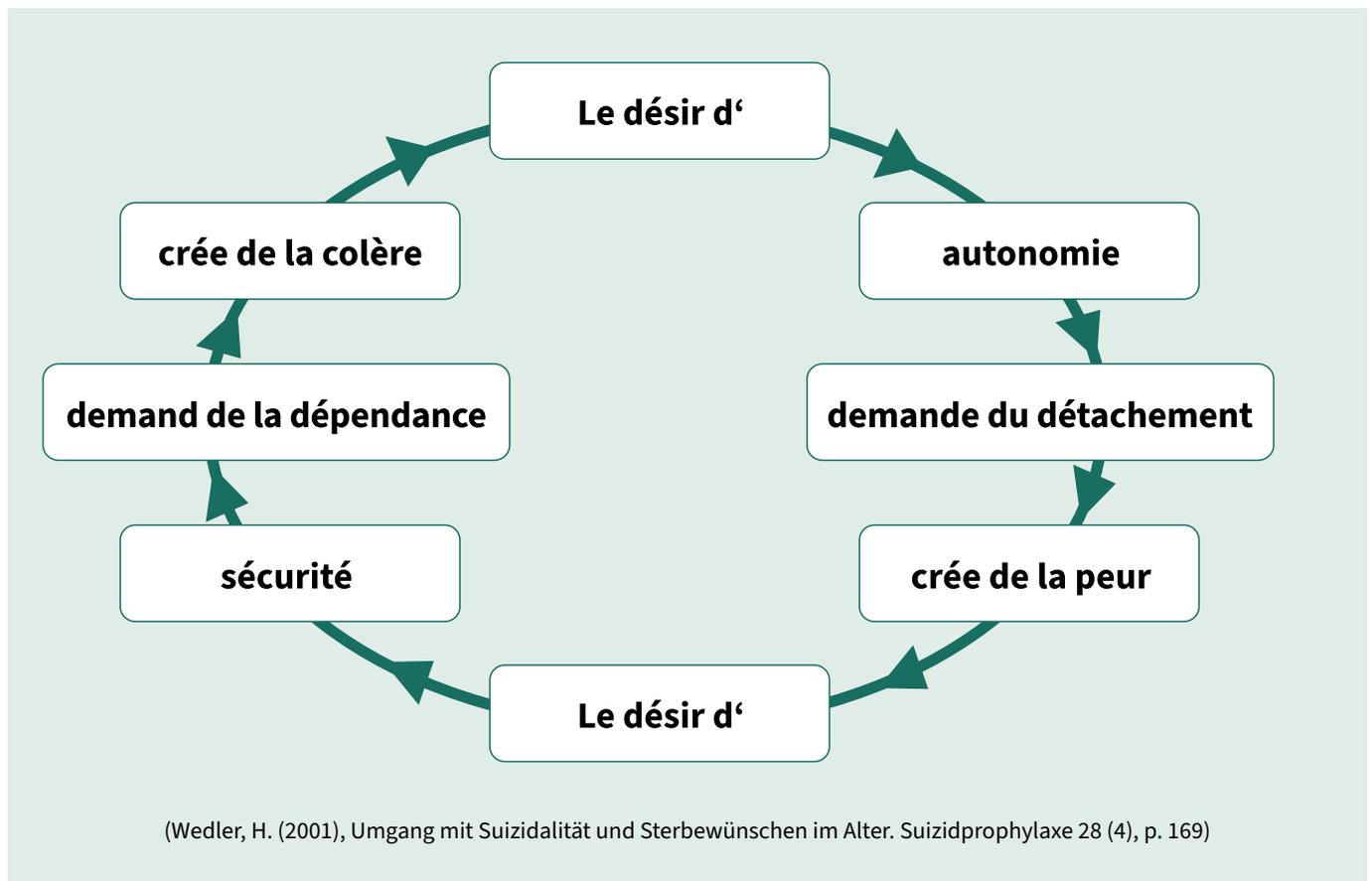
La perte du conjoint par la séparation ou par la mort peut profondément ébranler le bien-être et le train de vie. Cela est particulièrement vrai quand la perspective d'un nouveau départ ou d'un changement se réduit petit à petit. Chez les personnes âgées, cette perte engendre souvent de la solitude avec un risque élevé d'isolement. En outre, la personne doit réorganiser sa vie dans les conditions d'un âge avancé. En pratique, les hommes ont davantage de difficultés que les femmes face à ce risque.



*La cécité nous sépare des choses,
la surdité de nos semblables.*

Cette réorganisation est particulièrement compliquée lorsque le conjoint était le seul soutien émotionnel. À cause de cette dépendance émotionnelle, il peut être très difficile de prendre la distance nécessaire, de se stabiliser et de réorganiser sa vie. C'est pourquoi il est si important de maintenir d'autres contacts interpersonnels jusqu'à un âge avancé.

Illustration 1 : Tension entre les besoins d'autonomie et de dépendance



La perte d'autonomie

La perte d'autonomie, qu'elle soit réelle ou seulement crainte, est une cause majeure du développement de pensées suicidaires et du désir de mourir chez les personnes âgées.

En général, la perte d'autonomie est vécue comme

- la perte de la capacité à gérer sa vie quotidienne et ses relations sociales de manière autonome
- la perte de la capacité à contrôler les fonctions corporelles
- le sentiment de dépendre des autres

Dans notre société, la peur de perdre son autonomie fait fi du fait qu'il n'y a jamais d'autonomie absolue dans la vie. Les désirs d'autonomie et de sécurité agissent comme des pôles complémentaires en tension tout au long de la vie. Chaque être humain doit y trouver sa place, une position qui évolue nécessairement dans les phases de vie oscillantes.

Personne ne peut vivre continuellement en autonomie complète ou en dépendance absolue. En contrepois, un certain degré d'appartenance communautaire ou une certaine capacité de décision autonome est toujours nécessaire, même si, dans les cas les plus

extrêmes, l'un ou l'autre peut être vécu simplement dans l'imagination. De plus, l'autonomie, surtout à un âge avancé, implique souvent d'être rejeté sur soi-même, la sécurité signifiant à différents égards une dépendance non désirée. La recherche d'un équilibre entre les besoins d'autonomie et de dépendance est utile pour répondre aux exigences liées au vieillissement.

« Vivre vieux a-t-il du sens ? »

Plus la personne avance vers la fin de sa vie, plus elle se rend compte que le sens de la vie ne résulte pas de l'acquisition ou de la conservation de biens matériels, lesquels n'ayant aucune sorte d'importance après la mort. Baser le sens de la vie sur un « héritage » peut conduire à des déceptions amères.

Le sens de la vie naît, à chaque étape de la vie, y compris dans la vieillesse, plutôt de l'organisation autonome de sa propre vie au sein d'une communauté sociale, c'est-à-dire dans le contact et l'échange avec cette communauté.

La personne qui se laisse aller, qui ne fait qu'attendre les autres, qui, dans ses pensées et ses émotions, laisse passer le présent, va perdre une part du sens de la vie. La question du sens de la vie est donc indépendante de l'âge. Cependant, l'âge avancé peut contribuer à renoncer à des objectifs illusoires irréalisables et à libérer ainsi des forces pour organiser sa vie en autonomie.



L'expérience du sens de la vie comprend

- L'introspection sur soi et sa vie
- L'activité (et sa propre volonté)
- La capacité d'adaptation (à ses propres restrictions, à son handicap, à sa maladie, à sa réalité sociale, à ses conditions de vie, à ses semblables)
- Le lien aux autres

Religion et spiritualité

La religiosité et la spiritualité peuvent constituer à la fois un obstacle et une aide dans le contexte de la prévention du suicide. Il est important, surtout lorsque des expériences religieuses ou spirituelles ont favorisé un rétrécissement de l'horizon personnel, d'aider les personnes à se rouvrir. À l'inverse, les possibilités données par la foi peuvent justement permettre de sortir de l'exiguïté de la situation en question.

Prévention du suicide, aide en cas de crise et accompagnement thérapeutique à long terme

Préparation à la vieillesse

Selon l'adage populaire, « mieux vaut prévenir que guérir » – ainsi, mieux vaut prévenir une crise de vie que devoir la résoudre une fois qu'elle est installée. Pour une prévention primaire efficace du suicide, il est capital de ne pas se laisser surprendre par le vieillissement et ses conséquences. Bien que personne ne puisse prédire l'avenir, il est toujours préférable d'être préparé à ce qui pourrait advenir, ce qui exige de prendre ses dispositions.

Se préparer suffisamment tôt à la deuxième moitié de sa vie

Au plus tard au milieu de sa vie, chaque personne doit prendre conscience qu'elle aussi vieillira un jour. Il est important de commencer, même avant la retraite et l'arrêt des activités professionnelles quotidiennes, de se trouver des activités épanouissantes pour la période de la retraite. L'expérience a prouvé qu'il était bénéfique d'exercer, outre un premier pilier constitué par le travail, une activité complémentaire enrichissante.

À l'âge de la retraite, il est essentiel d'assurer la poursuite de l'activité physique et mentale le plus longtemps possible.

La relation de couple doit également être redéfinie à un stade avancé de la vie, lorsque les enfants ont quitté le foyer. Les rôles et les tâches au sein de la famille sont amenés à évoluer.

La plupart des personnes cherchent communication et soutien surtout parmi les pairs. Cela vaut également pour les personnes âgées. Cependant, il est conseillé de maintenir le contact avec d'autres groupes d'âge. Attendre du soutien exclusivement de la part de ses enfants et de leur famille se révèle souvent être source de conflits et de déceptions perpétuels.

Accepter le vieillissement et la mortalité

La santé du corps et de l'esprit exige soins et prévoyance. Toutefois, cette approche devrait être axée sur les besoins spécifiques à chaque âge et ne pas poursuivre l'illusion d'une jeunesse éternelle. La plupart des personnes âgées savent, mieux que les jeunes, admettre de manière neutre et sereine que la mort est inéluctable. D'autres acceptent cette réalité, mais évitent d'y faire face, surtout lorsque leurs propres conditions de vie sont difficiles à supporter.

D'autres encore peuvent accepter le fait de mourir relativement bien, qu'ils croient en une vie heureuse après la mort ou non.

Néanmoins, la plupart des personnes âgées ont très peur d'une mort longue et pénible, dans la souffrance et la dépendance aux machines.

Une préparation méticuleuse est ainsi nécessaire pour qu'un avenir marqué par des restrictions croissantes des conditions de vie physiques, mentales et sociales ne s'impose pas soudainement à la personne vieillissante. Cela comprend l'adaptation du logement au vieillissement, compte tenu d'éventuelles périodes de maladie et d'invalidité. Il faut également tenir compte de l'éventuel décès du conjoint et de la vie solitaire qui s'ensuit.

La disponibilité d'un médecin fiable et digne de confiance est inestimable en cas de maladies aiguës qui peuvent, chez les personnes âgées, être autant de signes avant-coureurs de la mort. Avec ce médecin, il convient de discuter de l'éventail des mesures médicales en fin de vie, en temps utile, dans le cadre de directives anticipées.

Enfin, il convient de prendre ses dispositions dans le cas de son propre décès (obsèques, assurances, comptes bancaires, succession). Elles font partie de la prévoyance sociale qui doit de toute façon être mise en œuvre suffisamment tôt dans la vie.

Maintenir la communication et la participation sociale

L'être humain a besoin de contact et d'échanges avec autrui. Il n'en va pas différemment pour la personne âgée, qui a besoin non seulement de paix et de tranquillité, mais aussi de communication. Celle-ci devrait être entretenue et ce, autant que possible, jusqu'à la fin de vie. Cela inclut en particulier les contacts dans le voisinage et avec les amis, ainsi que la participation à des activités communautaires. Dans la communication avec les enfants et d'autres membres de la famille, la demande de soutien ne doit pas être exprimée ou prise comme une attente, voire une exigence. C'est la condition pour que le soutien apporté devienne ce cadeau merveilleux du don de soi.



Accepter l'aide en cas de maladie ou de handicap

Les signes précurseurs de maladie ne doivent ni être ignorés, ni être attendus chaque instant avec appréhension. Aucune situation de vie en vieillesse ne doit donner lieu à l'isolement ou au laisser-aller. Il est donc important d'utiliser les médicaments avec précaution, de maintenir un rythme quotidien, d'avoir une alimentation équilibrée (y compris une consommation d'alcool modérée) et de s'assurer un sommeil réparateur naturel.

Il existe divers moyens pour compenser les déficiences physiques, de l'ameublement intérieur au lit ajustable en passant par les appareils auditifs. Les personnes souffrant de telles déficiences doivent, particulièrement, s'informer auprès de sources compétentes. Il convient de réfléchir sérieusement à l'importance des biens acquis, matériels ou non, et à la possibilité d'y renoncer, même avant que de telles déficiences ne se déclarent. L'aide par les institutions sociales (par exemple, les services ambulatoires ou les établissements pour séniors) devrait être garantie sous une forme appropriée quand le besoin est là.

Une fois la maladie ou l'invalidité survenue, il est conseillé d'avoir recours aux services et ressources disponibles pour alléger le fardeau. Il faut éviter de trop solliciter la personne au risque de détériorer davantage son état de santé. Il convient à l'inverse de s'adapter en tenant compte des possibilités disponibles et de ne pas se surestimer.



Beaucoup de personnes ont du mal à accepter la dépendance à l'aide extérieure et à y recourir. Au cours de la vie, cependant, il y a toujours des situations permettant d'acquérir cette capacité.

Conversations avec des personnes âgées suicidaires

Il n'est pas toujours aisé d'établir le contact et de parler avec une personne âgée qui a l'intention de se suicider. Le suicide est toujours un sujet que beaucoup préfèrent éviter et qui suscite angoisses et incertitudes. On craint de mal agir et par là même d'accroître le risque de suicide chez l'autre. De plus, une telle conversation peut remuer des souvenirs douloureux dans la propre vie de l'aidant.

Ce dont il faut tenir compte pour une discussion avec une personne âgée suicidaire

- Ne pas émettre de jugement pendant la discussion, qui doit se faire au contraire dans l'ouverture et la confiance pour que la personne âgée se sente comprise dans sa situation d'urgence.
- Parler avec sincérité des pensées suicidaires et des désirs et intentions de mourir.
- Prendre les tendances suicidaires au sérieux, ne pas les minimiser, ni les dramatiser.
- Discuter des raisons, des circonstances et des facteurs déclenchants.
- Comprendre les liens avec l'histoire personnelle et les évoquer.
- Explorer les possibilités de soutien dans l'environnement social (par exemple les personnes de référence, les services sociaux, les aides médicales).
- Proposer de poursuivre l'échange dans la durée (exprimer les peurs, présenter les autres possibilités de services de conseil et d'aide) et convenir de moments de discussion.

Possibilités d'assistance en cas de crise

Si une situation de crise survient, par exemple en raison d'une perte, d'un deuil ou de restrictions sociales, il faut communiquer avec les membres de la famille, les proches et les autres personnes de confiance, en particulier avec son médecin traitant. Dans certains cas, une aide psychothérapeutique est indiquée. En cas de crise très aiguë, on peut chercher de l'aide en priorité auprès de l'accompagnement pastoral par téléphone et des services locaux spécialisés en situation de crise.

Vous trouverez à la fin de cette brochure les adresses et les coordonnées des interlocuteurs aux niveaux national, régional et local.

En cas de tentative de suicide, il faut appeler les urgences afin que la personne soit admise à l'hôpital au plus vite.

Après avoir surmonté la phase aiguë suivant la tentative de suicide, l'intervention d'urgence consiste à

- clarifier la situation (psychosociale) actuelle ;
- définir les prochaines étapes ;
- convaincre d'accepter une aide complémentaire ; et
- à soutenir la réorganisation dans cette situation bouleversée par la crise.

Les troubles mentaux nécessitent un traitement approprié (psychothérapeutique et médicamenteux si nécessaire). En outre, le réseau de soins psychosocial offre de nombreuses possibilités d'aide. Ici aussi, le médecin traitant peut être un premier interlocuteur privilégié, surtout si la personne âgée entretient avec lui un lien de confiance. Dans une telle situation de crise, les proches et les aidants ont aussi souvent besoin d'échanges et de soutien (par exemple pour soulager les sentiments de culpabilité).

Aide à la fin de vie

De nombreuses personnes ont peur d'une mort longue et douloureuse, surtout lorsqu'elle est associée à la souffrance et à l'impuissance. Souvent, on ne sait pas que l'aide professionnelle existe, même en cas de maladies sans espoir et en phase terminale.

Accompagner les personnes en fin de vie, ce n'est pas seulement être présent sur une courte période de quelques heures avant le décès ; parfois, cela peut aussi s'étendre sur une période relativement longue de plusieurs mois, voire des années. C'est particulièrement le cas pour les personnes souffrant de démence, qui ont besoin de beaucoup de soutien à divers degrés au cours des deux dernières années de leur vie, voire pendant une période encore plus longue. Comme d'autres personnes atteintes de maladies neurodégénératives, les personnes souffrant de démence ont droit à un traitement en soins palliatifs. Dans le cadre du travail en soins palliatifs sont abordés les besoins et les désirs physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et matériels des patients en phase terminale. Le but de ces soins est de permettre à la personne gravement malade ou mourante de vivre une fin de vie correspondant à ses besoins propres et à son rapport personnel à la mort imminente en soulageant sa souffrance physique et mentale. Quant à elles, les équipes mobiles s'efforcent de répondre au souhait de mourir chez soi, éprouvé par plus des deux tiers de la population. L'accompagnement en fin de vie inclut également les membres de la famille ou les personnes à charge.

L'ordre fédéral des médecins en Allemagne (*Bundesärztekammer*) a élaboré en 2011 des principes fondamentaux pour l'accompagnement médical en fin de vie, dans lesquels les possibilités d'action du médecin sont décrites en détail. Il y figure que la volonté du patient (si possible définie à l'avance dans le cadre de directives anticipées) est toujours décisive en vue de toute mesure médicale. Les membres de la famille peuvent également aider le personnel médical à déterminer la volonté présumée du patient lorsque celui-ci n'est plus en mesure de prendre des décisions en autonomie. En 2021, la *Bundesärztekammer* a par ailleurs publié des lignes directrices concernant l'approche à adopter par le personnel médical face aux tendances suicidaires et aux désirs de mort. Les mesures présentées à mettre en œuvre par le personnel médical, les « missions du médecin », comprennent la discussion sur les tendances suicidaires et la fatigue et lassitude de fin de vie, l'information sur les aides disponibles en cas de maladie grave et dans la fin de vie ainsi que la proposition de recourir aux aides appropriées. Cependant, l'aide active au suicide n'est pas présentée comme l'une des missions du médecin, mais représente une décision individuelle qui n'est pas répréhensible en vertu du droit de la pratique médicale. L'instrument de référence concernant l'approche à adopter par les soignants face aux tendances suicidaires et aux désirs de mort est le Code déontologique international pour le personnel soignant. Conformément à ses stipulations, les soignants n'ont pas l'obligation d'aider activement les personnes exprimant le désir de mettre un terme précocement à leur vie.

Aide aux proches

La perte d'une personne chère, surtout lorsqu'elle se suicide, est un événement physiquement et émotionnellement très éprouvant pour les proches. À la suite du décès, les proches peuvent perdre leur équilibre sur les plans moral et social. Cela induit souvent une vulnérabilité accrue aux maladies et, surtout au cours des premiers mois, aussi un risque accru de suicide chez le proche. Les proches ont donc eux aussi besoin d'un soutien et d'un accompagnement personnalisé

pour les aider à surmonter cette période difficile. À la fin de cette brochure, vous trouverez les coordonnées des interlocuteurs qui s'intéressent particulièrement à la situation spécifique des proches survivants. Pour eux, il est indiqué de se joindre à un groupe de parole dont les participants ont subi une perte similaire. Ils peuvent également trouver de l'aide auprès du médecin traitant de leur proche décédé avec qui ils ont peut-être déjà un lien.

Termes techniques

Soins palliatifs : les soins palliatifs se fondent sur quatre piliers : la médecine palliative, le traitement palliatif, l'accompagnement spirituel et l'accompagnement psychosocial. Dans ce cadre, il ne s'agit plus de soigner dans la perspective de prolonger la vie, mais d'apaiser les douleurs et d'optimiser la qualité de la fin de vie. Les soins palliatifs peuvent être prodigués au domicile grâce à des équipes mobiles, en maison d'accueil ou centre de soins, ainsi qu'en milieu hospitalier et en établissements spécialisés. Si nécessaire, il est possible de recourir à une prise en charge par une équipe mobile spécialisée en soins palliatifs.

Accompagnement en fin de vie (hospice) : à la différence des soins palliatifs, ce type de soins ne met pas nécessairement l'accent sur le seul aspect médical. Il s'agit d'un accompagnement, spirituel comme médical, juste avant la fin de vie, réalisé à domicile (principalement par des personnes bénévoles mais qualifiées) ou en séjour dans une structure spécialisée (hospice).

Accompagnement à mourir : comprend d'une part les soins médicaux individuels visant notamment à soulager la douleur et d'autre part l'aide individuelle psychosociale et spirituelle pour garantir les soins et l'accompagnement, mobiliser les ressources disponibles et favoriser l'échange verbal et non verbal.

Modification de l'objectif thérapeutique : les mesures curatives ou de maintien en vie sont arrêtées (voire ne sont pas commencées) au profit de soins et traitements palliatifs.

Suicide assisté (aide au suicide) : la personne prend la décision de mourir en s'administrant elle-même un produit létal mis à sa disposition par une personne tierce.

Aide active à mourir : acte effectué par une personne tierce menant à la mort de la personne qui en avait fait la demande.

Assistance juridique et réglementation

D'un point de vue juridique, il y a plusieurs façons de prendre des dispositions pour la fin de vie, surtout si l'on est limité dans l'expression de sa volonté.

Directives anticipées, procuration de prévoyance, tutelle

Dans ses directives anticipées, tout citoyen peut fixer ses volontés par écrit en précisant les mesures médicales dont il souhaite ou ne souhaite pas bénéficier dans le cas où sa capacité d'exprimer sa volonté serait diminuée. En Allemagne, les directives anticipées sont contraignantes quelle que soit la date à laquelle elles ont été établies, à moins que certains éléments concrets n'indiquent que la personne concernée a changé d'avis. Elles doivent faire référence à des problèmes de santé et mesures thérapeutiques spécifiques et être confiées au médecin traitant ou chargé du traitement le cas échéant.

Afin que la rédaction des directives anticipées corresponde à ces critères, il est recommandé de demander conseil à un médecin de confiance ou de se renseigner auprès de services spécialisés. Les questions éthiques, juridiques et médicales concernant la rédaction d'un tel document sont traitées de manière



approfondie et pratique dans une brochure publiée par le ministère fédéral de la justice et de la protection des consommateurs (www.bmjv.de, en allemand).

Les membres de la famille ou d'autres personnes de confiance ont besoin d'une procuration de prévoyance afin d'agir au nom de la personne concernée si celle-ci n'est plus en mesure de prendre des décisions et de régler ses affaires personnelles en autonomie. Dans une telle situation, les époux peuvent, dans certaines conditions, se représenter mutuellement dans les affaires touchant aux soins de santé pendant une durée de six mois au plus (art. 1358 du Code civil allemand). Cette procuration porte principalement sur le lieu de résidence, les soins médicaux et les questions de propriété. Il est possible de déposer sa procuration de prévoyance auprès d'un registre central de la prévoyance (<https://www.vorsorgeregister.de/>, en allemand). En général, les services publics et les banques ne reconnaissent que les

procurations qui ont été notariées. Dans le cas où une personne n'est plus en mesure de régler ses affaires en raison d'une incapacité de discernement, une tutelle peut être nommée par le tribunal local (tribunal des tutelles), à la demande de la personne concernée ou sur proposition d'autres personnes, pour s'en occuper à sa place. Dans une disposition de tutelle, chaque citoyen peut définir à l'avance qui doit devenir sa tutelle le cas échéant. Le tribunal est tenu de respecter la volonté exprimée par la personne. Plus d'informations sur le droit relatif à la tutelle sont disponibles sur le site du ministère fédéral de la justice et de la protection des consommateurs (www.bmjv.de, en allemand)

Cadre juridique de la prévention du suicide et de l'aide à mourir

La protection de la vie tout comme la libre autodétermination sont des principes éthiques fondamentaux constitutionnels au cœur de notre société. Avec le vieillissement et surtout vers la fin de la vie, ces deux principes peuvent entrer en contradiction lorsque la question du sens de la poursuite de la vie s'impose de plus en plus aux personnes âgées souffrant d'une restriction croissante et irréversible de leur liberté. Il n'y a pas de position éthique unanime permettant de trancher cette question, en raison d'un certain nombre de zones grises et d'une jurisprudence non uniforme.

Le cadre juridique actuellement en vigueur en Allemagne est le suivant

- Le suicide et la tentative de suicide ne sont pas répréhensibles pénalement.
- Le 26 février 2020, la Cour constitutionnelle fédérale de Karlsruhe a rendu un arrêt levant l'interdiction de l'aide – commerciale ou non – au suicide (art. 217 du Code pénal allemand).
- L'aide au suicide n'est actuellement pas réglementée par la loi (situation au mois de décembre 2023).
- L'aide active à mourir (euthanasie active) est interdite et punie par la loi.
- L'omission ou l'arrêt des mesures thérapeutiques de maintien en vie est permis dans certaines circonstances, l'objectif étant de réduire la souffrance et de permettre la mort.
- Le recours à des médicaments analgésiques est justifiée dans la phase terminale de la vie, même si cette démarche s'accompagne d'un potentiel raccourcissement de la vie. Dans ce cas également, l'objectif est uniquement la réduction de la souffrance.
- Un acte suicidaire est interprété par la jurisprudence allemande comme un « accident ». Sous cet angle, il convient d'abord de porter assistance à la personne pour qu'elle survive. La jurisprudence tend à ne pas prononcer de peine pour non-assistance à personne en danger lorsque la personne concernée possède toutes ses facultés de décision et capacités de discernement.

Contacts, interlocuteurs

Il existe un vaste réseau d'interlocuteurs nationaux, régionaux et locaux qui peuvent être contactés en cas de crise grave, pouvant conduire à des tendances suicidaires voire à une tentative de suicide. Les circonstances particulières de chaque crise (degré d'urgence, disponibilité de l'infrastructure de soins et des institutions auxiliaires) déterminent quel est l'interlocuteur approprié parmi les organismes d'aide et les professionnels (médecins, psychothérapeutes, assistants spirituels, etc.).

Niveau national (Allemagne)

Société allemande pour la prévention du suicide (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.)

DGS-Geschäftsstelle c/o PD Dr. Gerd Wagner, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Philosophenweg 3, 07743 Jena
Tél. +49671/20278566

e-mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de

www.suizidprophylaxe.de

Dans la catégorie 'Hilfsangebote', vous pouvez trouver les coordonnées de l'organisme d'aide en cas de crise le plus proche. Les prestations des services de crise sont gratuites.

Programme national de prévention du suicide en Allemagne (NaSPro)

(Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro))

www.naspro.de

Réseau d'experts rassemblant et coordonnant les personnes et institutions pour une action conjointe de prévention du suicide. Fournit des informations sur les buts, les chiffres, la structure,

l'organisation, les groupes de travail et les possibilités de contact.

Accompagnement pastoral

(Telefonseelsorge)

www.telefonseelsorge.de

Appels téléphoniques en Allemagne (gratuits)

+49 800-1110111 et +49 800-1110222

Assistance en cas de risque de suicide et de crise de vie (Arbeitskreis Leben e. V. (AKL))(dans le Bade-Wurtemberg)

www.ak-leben.de

Dans la catégorie 'regional', vous trouverez l'adresse de AKL au Bade-Wurtemberg. Les services sont gratuits.

Association allemande de soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie (Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V.)

www.dhpv.de

Dans la section 'Service/Hilfe finden', vous trouverez les coordonnées des offres palliatives.

Société allemande de médecine palliative

(Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.)

www.dgpalliativmedizin.de/

Dans l'onglet « Service » se trouvent différentes informations et coordonnées.

Deutsche Stiftung Patientenschutz für Schwerkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

www.stiftung-patientenschutz.de

Service de conseil, de contrôle et d'enregistrement des procurations de prévoyance/directives anticipées. Conseil par téléphone :

Dortmund : Tél. +49231/738073-0

Berlin : Tél. +4930/2844484-0

Munich : Tél. +4989/202081-0

Niveaux régional et local

Premiers interlocuteurs sur place

- Accompagnement pastoral (coordonnées ci-dessus)
- Organismes d'aide en cas de crise (coordonnées ci-dessus)
- *Arbeitskreis Leben – Hilfe bei Selbsttötungsgefahr und Lebenskrisen* (AKL) (Baden-Wurtemberg) (coordonnées ci-dessus)

Annuaire téléphonique, documents d'informations, sites internet (par exemple informations sur le site des régions et villes)

Institutions psychosociales

- Centres d'information de psychiatrie gériatrique
- Service d'hospices ambulatoires (coordonnées ci-dessus)
- Centres d'information pour les personnes âgées
- Centre de consultation (mariage, famille, questions de vie, addiction)
- Services socio-psychiatriques

Professionnels de santé et accompagnement pastoral

- Médecins traitants et généralistes
- Médecins psychiatres
- Médecins spécialisés en médecine psychosomatique et psychothérapie
- Psychothérapeutes
- Accompagnement pastoral (disponible dans la section 'Kirchen' de l'annuaire téléphonique)

En cas d'urgence

- Samu (Tél. 112)
- Pompiers (Tél. 112)
- Police (Tél. 110)
- Cliniques ambulatoires (cf. annuaire téléphonique local)

Aide aux proches

- Association pour les proches confrontés au suicide
AGUS e.V. – Angehörige um Suizid
Tél. +49921/1500380
www.agus-selbsthilfe.de
- Conseil aux proches confrontés au suicide BeSu Berlin, Beratung für Suizidhinterbliebene und Angehörige von Suizidgefährdeten
<https://www.besu-berlin.de/>

Sources et références bibliographiques

Arbeitsgruppe « Alte Menschen » im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) (2015). Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter. Köln, ISBN: 978-3-938800-23-2. Téléchargement :

<https://www.naspro.de/dl/memorandum2015.pdf>

Bayerisches Staatsministerium der Justiz (édit.). (21e édition, 2023). Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung. München: Beck.

<https://patientenverfuegung.beck.de/>

Téléchargement gratuit : https://www.justiz.bayern.de/static/broschueren/vorsorge_fuer_unfall_krankheit_und_alter/index.html#page=1

Erlemeier, N. (2011). Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.

Lindner, R., Drinkmann, A., Schneider, B., Sperling, U. & Supprian, T. (2022). Suizidalität im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 55, 157-164. Téléchargement : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-022-02030-w.pdf>

Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., Sperling, U. (édit.). (2014). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro). Berlin: Springer.

Lindner, R., Sperling, U., Drinkmann, A. Hery, D., Renken, S., Schneider, B., Supprian, T. & Teising, M. (2021). Suizidprävention für alte Menschen. In: B. Schneider, R. Lindner, I. Giegling et al. (édit.). Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven (S. 141-168). Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP). DOI: 10.17170/kobra-202107014195. Téléchargement : <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>

Schneider, B., Sperling, U. & Wedler, H. (2011). Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Frankfurt am Main: Mabuse.

Sperling, U. (2019). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Suizidprophylaxe, 46, 4-14.

Supprian, T. (2019). Suizidalität von Demenzkranken. Suizidprophylaxe, 46, 48-52.

Teismann, T. & Dormmann, W. (2021). Suizidalität (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 32). Göttingen: Hogrefe.

Teismann, T. & Dormmann, W. (2015). Suizidgefahr? Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige (Ratgeber zur Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 32). Göttingen: Hogrefe.

Organisation mondiale de la santé (2014). Prévention du suicide – l'état d'urgence mondial. Téléchargement : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1

Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2022). Suizid und Suizidprävention: Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. Magazine « Suizidprophylaxe ». Téléchargement : www.suizidprophylaxe-online.de

Informations supplémentaires sur le suicide et la prévention du suicide

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) www.naspro.de ou www.suizidpraevention.de
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) www.suizidprophylaxe.de

Mentions légales

Édition

Groupe de travail « Alte Menschen » (Personnes âgées) dans le cadre du Programme national de prévention du suicide en Allemagne (NaSPro)
www.naspro.de ou www.suizidpraevention.de

Tous droits réservés

Rédaction

Dr. Uwe Sperling
Prof. Dr. Arno Drinkmann
Heike Kautz M.SC.N
Prof. Dr. Eva-Marie Kessler
PD Dr. Ute Lewitzka
Prof. Dr. Reinhard Lindner
Prof. Dr. Gabriele Röhrig-Herzog
Dr. Katharina Roscher
Prof. Dr. Barbara Schneider
Dr. Anne Schornberg
Prof. Dr. Tillmann Supprian

Avec la participation de

Monika Bauer
PD Dr. Heinrich Burkhardt
Kristjan Diehl
Prof. Dr. Norbert Erlemeier
Daniela Hery LL.M. (MedR)
Prof. Dr. Rolf D. Hirsch
Dr. Peter Klostermann
Dipl. Psych. Silvia Renken
Dr. Sylvia Schaller
Pfrin. Christine Schoeps
Prof. Dr. Martin Teising
Dr. Claus Wächtler
Prof. Dr. Hans Wedler
Prof. Dr. Joachim Wittkowski

Consultant journalistique

Manfred Otzelberger, Bayreuth

Présentation

markenmut. AG, Trèves

Impression

inpuncto:asmuth druck + medien gmbh, Cologne

Traduction en français

Jonathan Gautier
Ann Sperling

Photographies

p. 3) Presse- und Informationsamt der Bundesregierung / Jullia Faßbender.
(pp. 6, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 22, 24, 26) :
Werner Krüper

7e édition actualisée / janvier

Téléchargement

www.bmfsfj.de

Avec le soutien du



Ministère fédéral
de la Famille, des Personnes âgées,
de la Femme et de la Jeunesse



Quand le vieillissement devient un fardeau

Prévention du suicide chez les personnes âgées

Le suicide est un problème majeur de santé publique qui concerne de nombreuses personnes. Le Programme national de prévention du suicide en Allemagne (NaSPro) constitue un réseau d'experts dédié à l'échange et à l'information autour du suicide, des tendances suicidaires et de la prévention. Il fut créé en 2001 à l'initiative de la Société allemande pour la prévention du suicide.

Les personnes âgées sont particulièrement exposées au risque de suicide. Leur situation de vie peut, en raison de fardeaux physiques ou mentaux, se dégrader jusqu'au point où elles ne veulent plus continuer à vivre, quasiment à l'insu de la société. On oublie facilement que même à un âge avancé, il est possible de faire de la prévention, d'aider en cas de crise, de recourir à des soins thérapeutiques et de réduire la souffrance. Par la présente brochure, le groupe de travail « Personnes âgées » souhaite faire la lumière sur les causes et les signes d'un risque de suicide chez les personnes âgées. Elle esquisse des moyens et méthodes qui contribuent à prévenir l'engrenage du suicide.