

Collection

« L'âge et la vie – Prendre soin
des personnes âgées... et des autres »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin
et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Le suicide des personnes âgées

DU MÊME AUTEUR

Prévenir le suicide, Dunod, 2002

Marguerite Charazac-Brunel

Le suicide des personnes âgées

Clinique, prévention et prise en charge

Postface de Pascal Koch et José Polard

L'âge et la vie
Prendre soin des personnes âgées... et des autres

éditions
ères

Conception de la couverture:
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2014
ME - ISBN PDF: 978-2-7492-4027-5
Première édition © Éditions érès, 2014
33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

Table des matières

INTRODUCTION. CRISE SUICIDAIRE	
DE LA PERSONNE ÂGÉE ET CRISE DE SOCIÉTÉ.....	9
De la fusion à la séparation.....	9
Le problème politique et économique	11
La société malade et l'angoisse d'effondrement.....	11
Clivage et banalisation.....	13
La valorisation du suicide	14
Les conséquences du suicide de la personne vieillissante.....	16
1. LE DÉSIR DE SUICIDE COMME SYMPTÔME	
D'UNE CRISE EXISTENTIELLE	21
Le sentiment subjectif du vieillissement :	
que signifie être vieux ?	21
La projection sur l'image de la mort	25
La vieillesse comme un temps de bilan impitoyable....	29
2. LES DIFFICULTÉS DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE	
DE LA PERSONNE VIEILLISSANTE.....	33

Les données épidémiologiques	37
Repérer les indices de risque.....	38
Les temps de la prévention	38
Déni du temps et prévention	40
Dénis, secrets, investissements affectifs.....	44
Résistances et idées reçues face à la prévention du suicide de la personne âgée.....	45
Les idéologies et les philosophies pro-suicide	60
Les différentes formes de suicide	69
Conduites à risque et équivalents suicidaires	71

3. FACTEURS DE RISQUE,

SIGNES PRÉCURSEURS ET DÉPISTAGE.....	87
Facteurs facilitateurs et facteurs déclenchants.....	87
Les facteurs de risque	89
Les représentations de la mort et l'évaluation du risque suicidaire	107
Dépistage et signes précurseurs	112
L'évaluation du risque suicidaire chez la personne âgée 115	
L'évaluation du risque de l'imminence de l'acte.....	121

4. LES RISQUES DE SUICIDE

CHEZ LES PATIENTS DÉMENTIS.....	123
Recherche : angoisse et risque suicidaire chez les patients atteints d'Alzheimer	124
Résultats : comment s'effectue le maintien des liens du patient avec son entourage et son univers intérieur ?.....	126
L'évocation du suicide.....	134
Quels sont les éléments qui permettent une capacité de bien-être ?.....	137

Le déni de la vie intrapsychique du sujet dément : une violence qui devient un facteur de risque majeur de passage à l'acte suicidaire	139
L'apparence de la mort psychique : le pari du soignant	151

5. PASSAGES À L'ACTE VIOLENTS

AU COURS DU VIEILLISSEMENT DU COUPLE	157
Les suicides simultanés et les pactes de suicide	160
L'homicide-suicide de couple	165
La provocation ou l'incitation au suicide	191

6. OSER PARLER DE LA MORT	195
Le tabou de l'évocation de la mort	195
Les représentations de la mort	201
Le désir de vie du thérapeute	202
Souvenir-écran et « écran de la mort »	205
La conviction du néant	208
La mort, lieu d'un questionnement et de sublimation	211

7. L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

ET LA PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPIQUE

DES PATIENTS SUICIDAIRES VIEILLISSANTS	215
L'aide à la famille et aux aidants confrontés au risque de suicide et aux demandes de suicide assisté et d'euthanasie	217
Les difficultés du thérapeute confronté à la demande de suicide assisté ou d'euthanasie	220

Prise en charge spécifique, désarroi et éthique du thérapeute face au patient âgé suicidant.....	234
La sublimation au cours du vieillissement : oser évoquer la spiritualité.....	242
CONCLUSION.....	249
POSTFACE. DEMANDES D'EUTHANASIE ET DÉSIRS SUICIDAIRES EN FIN DE VIE.	
COMMENT Y VOIR CLAIR ?.....	251
Paradoxes, oscillations, ambivalence de la fin de vie ...	257
La demande de mort anticipée	263

À Pierre

*Vincent, Quynh Nhu,
Luan, Kim Anh*

*Delphine, Benjamin,
Victoria, Solveig*

L'Infini, je l'ai cherché dans tout.

L'infini, je l'ai mis dans tout,

Car le Devenir est la grande affaire. Et l'Éternité est le but, l'Éternité est le but.

L'infini dans l'absence de vie, je l'ai trouvé et je l'ai évité, c'est la Mort.

L'infini dans les cieux et sur la terre, je l'ai cherché et l'ai trouvé, c'est le Mystère.

[...]

Donc salut à toi, ô maître d'atelier, en qui luit une parcelle du divin, comme luit le soleil dans une goutte d'eau. L'infini du dessous des choses, tu le trouveras, tu le trouveras.

Passe, tu es pur¹.

1. J.-C. Mardrus, *Textes égyptiens. Transcription incantatoire*, supplément au n° 41, *Nouveau commerce*, 1978.

Introduction

Crise suicidaire de la personne âgée et crise de société¹

DE LA FUSION À LA SÉPARATION

La question du suicide de la personne âgée est longtemps restée taboue, au même titre que celui du jeune enfant. Ce déni du suicide des âges opposés de la vie révèle la difficulté à instaurer une réelle prévention des sujets contraints à la dépendance, face à qui les désirs ambivalents de vie et de mort sont voilés par des préoccupations marquées par la culpabilité et l'angoisse.

À travers le mythe du paradis de l'enfance, nous oublions que l'enfance est une période de dépendance durant laquelle les adultes imposent des mouvements de rupture des liens dans les différentes institutions ou les divers groupes que l'enfant traverse. Ces ruptures

1. M. Charazac-Brunel, « La crise suicidaire de la personne âgée ou le désespoir dénié d'une société », *Demain la psychogériatrie*, Paris, éd. M.F., 2009.

de liens sont rarement l'objet d'un travail réel d'élaboration du changement et de la séparation. L'expérience des pertes ne mobilise pas forcément une grande attention. Comme dans l'enfance, les personnes vieillissantes traversent des moments de solitude qui peuvent alterner avec des moments de trop grande fusion. La personne âgée peut se voir elle aussi prise dans une solitude à la fois désirée et redoutée, confrontée à des ruptures liées au deuil, ou simplement à des hospitalisations, ou à un placement non souhaité ou encore non élaboré.

Les passages du domicile à la maison de retraite peuvent être accompagnés par des membres attentionnés de l'entourage. Mais la rupture la plus violente, souvent faite dans l'urgence au détour d'une hospitalisation, est celle du passage de la maison de retraite à l'EHPAD. La personne âgée, qui avait parfois eu des difficultés à réinstaurer des liens dans une maison de retraite, se retrouve brusquement privée de ces liens étayants au moment même où elle se trouve aux prises avec l'angoisse d'une grande dépendance, cette fois dans un univers médical qui sera sa « dernière demeure ». Ce moment est à haut risque de passage à l'acte suicidaire.

Ainsi, les expériences traumatiques clivées de la solitude, de la dépendance, des ruptures sans travail de séparation, et les expériences de perte, comme tout ce qui est clivé, ne seront pas représentées, mais remises en acte au cours de la vieillesse. On « meurt de vieillesse ». Parfois, on « meurt de chagrin ».

LE PROBLÈME POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE

Mais une personne de plus de 65 ans qui se suicide, c'est, concrètement, l'économie d'une retraite, l'économie des prises en charge d'un éventuel placement en maison de retraite ainsi que des frais médicaux, particulièrement lourds et très coûteux en fin de vie.

Face aux urgences imposées par les événements, les politiques s'intéressent le plus souvent aux moyens de prévention les plus visibles, les plus susceptibles de donner des résultats apparemment rapides (même s'ils ne tiennent pas dans le temps), qui présentent un intérêt financier, voire parfois dans un espoir d'impact favorable sur les scores électoraux.

LA SOCIÉTÉ MALADE ET L'ANGOISSE D'EFFONDREMENT

Notre société, aux prises avec l'angoisse de surpopulation, avec l'angoisse d'effondrement sous toutes ses formes (économique, angoisse de fin du monde), commence à adopter des comportements d'instinct de survie que les éthologues connaissent bien. En effet, la régulation de la population animale s'effectue grâce à la suppression des plus faibles sur le plan physique et psychique, les nouveau-nés handicapés, les malades et les trop âgés.

Il est un effondrement auquel nous n'échapperons pas : celui du vieillissement physique en fin de vie, celui de notre trépas. À moins, bien sûr, de mourir accidentellement ou d'avoir recours au suicide, accompagné ou non, provoqué ou non par autrui. L'autre perspective,

pour s'écarter de cette angoisse d'effondrement, serait de considérer notre vieillissement sous un autre jour : dans le sens d'un accomplissement et d'une recherche d'harmonie. L'angoisse d'effondrement entraîne des conduites de survie. Ceux-ci figent dans le présent, écartent la possibilité de représentation et de penser. Repenser le passé et le futur est alors à proscrire, tout doit se résumer au comportement dans l'actuel et l'opératoire.

À qui profite la peur ?

Dans l'angoisse de la survie, la capacité d'empathie tend à disparaître au même titre que les repères de l'intériorité psychique. L'écrasement de l'intériorité des personnes en état de dépendance permet d'exercer sur elles une fascination et une emprise qui ont de tout temps conforté les pouvoirs d'État totalitaires.

Les valeurs et repères intérieurs se sont effondrés avec la perte du symbolique : plus rien n'est sacré, le corps n'est plus un lieu d'espace de rêve, l'intériorité n'est plus le lieu d'une émergence de sens. L'utile se mesure désormais dans l'évaluable et le palpable : le monde des chiffres et de ce qui est visible dans l'extériorité, dans le comportement, sur la peau, le mouvement et l'agir. Ainsi, l'évaluation de la douleur s'arrête à la douleur physique, qui doit être chiffrable et chiffrée, qui doit s'évaluer sur une échelle de 1 à 10. Mais en même temps, la douleur psychique qui l'accompagne est écartée ou justifie le recours au suicide ou à l'euthanasie. La souffrance liée au deuil pouvait être contenue par le groupe familial dans des rituels

symboliques. Elle s'efface progressivement. On peut effacer les traces du corps du défunt en le brûlant, parfois sans un mot.

CLIVAGE ET BANALISATION

Le clivage s'installe discrètement par l'oubli et la banalisation. Or le clivage intrapsychique est la défense la plus suicidogène. Il instaure une angoisse profonde mais imperceptible dans l'inconscient. Sa levée provoque le plus souvent un « tremblement de terre » dans le passage à l'acte autodestructeur du suicide. Celui-ci ne laisse apparemment pas entrevoir de signes avant-coureurs. Il est alors qualifié « d'imprévisible » ou justifié comme « un acte de liberté ou de courage ».

Le clivage entre extériorité et intériorité psychique ne permet plus une expression de l'angoisse ni de la souffrance. Il peut déclencher des passages à l'acte autodestructeur violents dans le suicide, mais il peut aussi laisser s'installer un désinvestissement de la réalité conjoint avec le désinvestissement de l'intériorité physique et psychique : « On abandonne la vie. »

L'effet majeur et le plus redoutable du clivage consiste en un renversement des valeurs : ce qui protégeait la vie et l'harmonie nécessaire à la vie s'efface petit à petit au profit de l'expansion sociale d'un acte qui remet en cause un équilibre vital. Progressivement, *si cet acte se répand parmi la population, il tend à prendre la dimension d'une norme sociale : la norme statistique chiffrable devient la normalité sociale*. Et fréquemment, les politiques franchissent très vite le pas : le désir du plus grand nombre d'électeurs fait force de loi. Cela

en dépit des exigences d'équilibre de la vie, qui ne sont plus admises par ceux qui ont perdu le sens d'un équilibre interne, au profit d'exigences pulsionnelles, généralement soumises au principe de plaisir.

Ainsi le risque majeur, face à l'accroissement des suicides létaux², c'est le passage à la banalisation du suicide, puis au droit au suicide : le sien, puis celui d'autrui – voire celui d'aider autrui à se suicider... en commençant par l'éloge de son acte. La plus grande difficulté dans la prévention du suicide, en particulier celui de la personne âgée, réside donc dans sa valorisation.

LA VALORISATION DU SUICIDE

Elle s'exerce derrière la notion de « mourir dans la dignité », qui masque l'angoisse de la défaillance à manifester des sentiments, des émotions, depuis les affects les plus conflictuels, l'impuissance à dépasser des crises, jusqu'à l'impossibilité à exprimer de la tristesse et à recevoir de la tendresse. Le narcissisme s'étaye sur la rigidité du Moi : être courageux, c'est ne pas pleurer, être indifférent à tout, à la douleur des autres, à la sienne ; à la limite, c'est tout contrôler, tout gérer, maîtriser la vie, les autres et même la mort. Dans un retournement traumatique de notre non-toute-puissance face à la mort, la vie est dévalorisée et la mort investie, de plus en plus glorifiée, parfois même au nom du sacrifice.

2. J'entends par « suicide léta1 », une tentative de suicide ayant entraîné la mort. Ce terme correspond à l'expression populaire du « suicide réussi ».

Dans son livre *La dernière leçon*³, Noëlle Chatelet relate les derniers mois d'un suicide annoncé par sa mère. Cet ouvrage pourrait paraître comme une terrible invitation au suicide. L'absence d'empathie et l'exacerbation de la maîtrise sur l'entourage sont terrifiantes. Entre les lignes, nous pouvons percevoir à quel point tout doit s'effacer : les liens du passé, la tristesse, l'espoir, la tendresse. Tout est écarté derrière une froide banalisation, voire le rire.

La collusion entre un Surmoi persécuteur et un narcissisme primaire interdit la défaillance physique et psychique ; il faut surmonter sa fatigue, il ne faut pas laisser les paupières se baisser. Quand la moindre menace de défaillance apparaît, le cristal pur et rigide se fissure, alors il ne vaut plus rien, il faut briser la vie et se soustraire à tous les regards, « il faut savoir gérer son stress, sans rien ressentir et surtout sans rien dire de la souffrance intérieure⁴ ».

Le suicide répond à une pensée en système : si le système ne marche plus, il part à la casse. L'hésitation actuelle des politiques face à l'euthanasie me semble plutôt de bon augure.

Mais celui qui écrit et qui élabore autour de la question de la vieillesse se sent-il lui-même à l'abri de son propre vieillissement ? En effet, s'interroger et écrire sur la vieillesse peut procéder d'un déni extraordinaire : celui de notre propre vieillissement, de notre souffrance et de nos douleurs physiques potentiellement à venir. Travailler sur le sujet du vieillissement agirait-il comme un bouclier de Persée qui nous protégerait de

3. N. Chatelet, *La dernière leçon*, Paris, Le Seuil, 2005.

4. J'ai entendu cette formule lors d'un séminaire sur la gestion du stress.

cette froide réalité ? Mais réfléchir et écrire sur notre vieillesse à venir permet une prise de distance, un mouvement de représentation et d'anticipation qui tendent vers une forme d'objectivité ou du moins qui s'écartent de constructions illusoire. Cela met en jeu une capacité de changement, de métamorphose – dans le sens d'un mouvement radical d'intériorisation psychique et de confiance dans une possibilité de croissance psychique vers une unification intérieure, dans la beauté –, une force et une sagesse. Parviendrons-nous à dépasser les pertes inéluctables par le plaisir de la découverte des terres et des trésors dans notre espace intérieur ?

LES CONSÉQUENCES DU SUICIDE DE LA PERSONNE VIEILLISSANTE

La transmission transgénérationnelle

Pourtant, la conséquence redoutable de cet acte se trouve dans l'exemplarité du geste pour les générations suivantes, en particulier quand le geste suicidaire est banalisé, voire glorifié dans une idée d'acte courageux, d'un choix ou même d'une liberté.

Le suicide demeure par essence un acte de désespoir allié à un désir de toute-puissance sur la vie et la mort, parfois aussi sur autrui. La transmission intergénérationnelle saute le plus souvent une génération : elle atteint surtout les adolescents et les jeunes adultes, sans être forcément liée à la génétique puisque cette transmission du risque s'opère également sur les enfants adoptés. Ainsi, se préoccuper du suicide de la personne

âgée, c'est mettre en place une prévention du suicide pour les adolescents et les générations suivantes.

Même si l'espérance de vie est très réduite pour une personne âgée, l'accès au bonheur, à la sérénité ou simplement à « un lien suffisamment bon » retrouvé avec les enfants avant la mort, même pour une courte durée, est un don, un héritage très précieux pour les générations suivantes. Il donne aux enfants et aux petits-enfants l'idée que la fin de vie n'est pas un moment horrible de solitude, mais qu'elle peut se passer dans la tendresse, quelquefois dans l'espoir ou la réconciliation. La mort par suicide d'une personne âgée est grave car elle marque une rupture de lien sans aucune tendresse. Elle révèle la mauvaise qualité ou l'absence de liens qui précédait la mort. Une mort avec de bons liens de la part de la personne âgée renforce les bons liens entre les vivants qui restent, une mauvaise mort les désagrège. Une mort par suicide a un effet de chaos sur les générations suivantes.

C'est encore dans ce sens que la prévention du suicide et des conduites suicidaires de la personne âgée est aussi importante que pour l'adolescent. Autant l'acharnement thérapeutique concernant la personne âgée semble contestable, autant l'euthanasie est redoutable pour l'intéressé, comme pour les générations suivantes – et peut-être également pour celui qui effectue l'euthanasie et pour sa famille.

Retentissement du suicide de la personne âgée

L'impact du suicide léthal de la personne âgée sur les « survivants » de la famille varie en fonction de