

**« LA TENTATION D'EN
FINIR DES PERSONNES
AGEES »**

**Actes de la conférence
du 10 septembre 2008**

Mercredi 10 septembre 2008

La tentative d'en finir des personnes âgées

**Conférence organisée par le Centre de Prévention du
Suicide, en collaboration avec Infor-homes Bruxelles**

**A l'occasion de la Journée mondiale de prévention du
suicide**

Avec le soutien de



En collaboration avec



Mot d'accueil

Par Marie-Pierre Delcour,
Juriste, Directrice d'Infor-Homes Bruxelles

Introduction

Par Axel GEERAERTS
Sociologue, Directeur du Centre de Prévention du Suicide

Le suicide des personnes âgées

Par Anne Lahaye
Psychologue aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne, Chargée de cours à
la Haute Ecole Léonard de Vinci

Le syndrome de glissement

Par Véra Likaj
Psychologue au SSM Molenbeek, Psychothérapeute

Mot d'accueil

Par Marie-Pierre Delcour

Juriste et Directrice d'Infor-Homes Bruxelles

4

Il me revient le grand plaisir de vous accueillir. Vous dire d'abord que nous sommes ravis de vous voir si nombreux. Par rapport à un sujet pareil, c'est extrêmement encourageant ; je vous en remercie très vivement.

A l'occasion de cette Journée mondiale de la prévention du suicide, c'est tout naturellement que le Centre de Prévention du Suicide et Infor-Homes Bruxelles ont imaginé cette soirée, sur le thème éminemment difficile qu'est le suicide des personnes âgées.

Vieillir certes est une épreuve particulière.

Chacun suit son chemin, parsemé de petits et de grands bonheurs, mais aussi de doutes, d'incertitudes et d'angoisses.

Si certains traversent les étapes de la vie avec calme et sérénité, pour d'autres par contre, la fin du chemin devient insupportable.

L'accumulation des deuils auxquels la personne âgée se confronte, la mort sociale que lui renvoient certains de nos modes de fonctionnement, tout cela peut l'amener à des envies de tout arrêter.

L'envie d'en finir peut être là, qui prend le dessus sur l'envie de poursuivre la route. La souffrance est trop forte.

Face à celle-ci, l'entourage est souvent démuni. Les angoisses de l'autre nous confrontent aux nôtres. C'est ainsi que les proches que nous sommes s'interrogent sur l'adéquation de leurs comportements face à l'envie de mourir de la personne âgée.

En effet, comment décoder les signes de détresse ? Comment y répondre aussi ? Comment ne pas surajouter à sa souffrance mais au contraire accompagner le plus adéquatement la personne âgée confrontée à l'insurmontable ?

Il est pour nous capital de s'interroger sur tout cela. Trop souvent encore le suicide de la personne âgée est soit banalisée, soit passée sous silence.

C'est de tout cela que vont nous entretenir les orateurs de ce soir :

- Axel Geeraerts, directeur du Centre de Prévention du Suicide, nous permettra une mise en perspective du suicide chez la personne âgée en Belgique et ailleurs ;
- Anne Lahaye, psychothérapeute aux Cliniques Universitaires Mont-Godinne, nous éclairera sur cette envie d'en finir chez la personne âgée ;
- et enfin, Véra Kikaj, psychothérapeute en Centre de Santé Mentale, nous parlera du syndrome de glissement que l'on rencontre malheureusement chez certains sujets âgés vivant en maison de repos.

Introduction

Par Axel Geeraerts

Sociologue et Directeur du Centre de Prévention du Suicide

6

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, bonsoir.

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier d'être présents ce soir pour partager avec nous une réflexion sur la question du suicide chez les personnes âgées.

Merci car depuis quelque temps, nous menons, au Centre de Prévention du Suicide, une réflexion sur cette question difficile du suicide des aînés. Nous avons ainsi développé une série d'actions spécifiques de prévention dont l'aboutissement, ou plutôt le point de départ de leur diffusion, est la rencontre de ce soir. A l'occasion de la Journée mondiale de la prévention du suicide de l'année dernière, nous avons choisi d'attirer l'attention des médias et du grand public sur la question spécifique du suicide des personnes âgées. A cette occasion, j'avais écrit une carte blanche dans le Soir, carte Blanche qui avait été titrée ainsi par la rédaction : « Beaucoup de vieux se suicident et tout le monde s'en fout ». Si ce titre a quelque chose d'un peu provoquant, il renvoie parfaitement au thème de cette soirée, en des termes certes moins délicats.

Dans notre pratique quotidienne au Centre de Prévention du Suicide, nous nous sommes aperçus que si le suicide fait l'objet d'une attention de plus en plus grande, la réalité concrète que recouvre cette problématique est encore largement méconnue voire tronquée par ce que nous pourrions qualifier de filtres socioculturels.

En effet, cette mise en lumière n'a pas suffi à évacuer le malaise et les malentendus qui restent encore attachés à l'acte suicidaire. De fait, dans le domaine public, circule encore à son propos toute une série d'idées reçues et d'a priori.

Qui n'a jamais entendu dire à propos d'une énième tentative de suicide : *C'est du cinéma ?* Qui n'a jamais pensé : *c'est lâche* ou *c'est courageux* de se suicider ? Qui est certain que le suicide ce n'est pas *héréditaire*, *contagieux* ou *le signe d'une maladie mentale...* ?

Parce qu'il titille nos questionnements existentiels et qu'il s'attaque de front au caractère « sacré » de l'existence, le suicide perturbe les consciences et tracasse la raison.

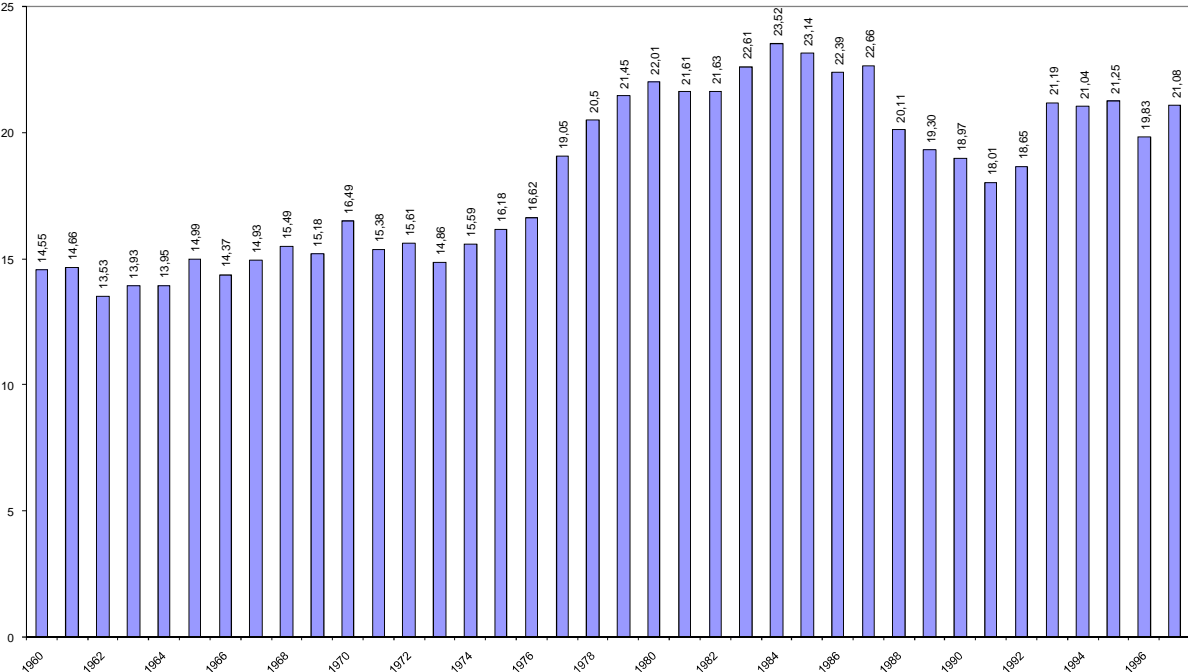
Quand bien même ces vérités toutes faites contribueraient à nous protéger de la souffrance immense sous-jacente à cette problématique, elles constituent un frein important à la compréhension du phénomène par l'entourage et accroissent le sentiment de solitude souvent présent chez les personnes en proie à des idéations suicidaires.

Parmi toutes ces stéréotypes, il en est un qui est encore bien prégnant dans toutes nos représentations à savoir que la population la plus à risque au niveau du suicide serait les adolescents et les jeunes de moins de trente ans.

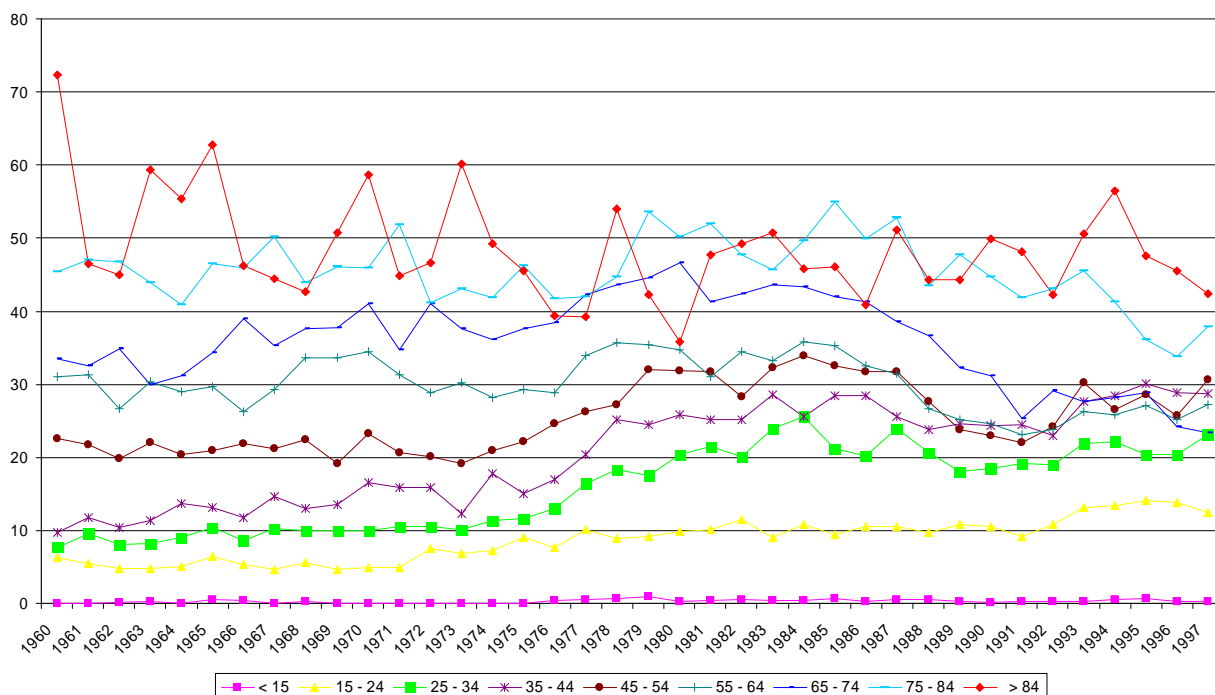
Et de fait, ne dit-on pas que le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans (la première étant les accidents de la route) ; la première cause de mortalité chez les hommes de 25-44 ans et la deuxième cause de mortalité chez les femmes de 25-44 ans ?

Ne dit-on pas également que le suicide est en constante augmentation depuis plusieurs années, particulièrement chez les plus jeunes ?

Evolution du taux de suicide par année pour la population belge totale
n / 100000



Evolution du taux de suicide pour la population belge totale par année et par groupe d'âge



Chaque année en Belgique, plus de 2 000 personnes se donnent la mort, ce qui représente en moyenne près de 6 suicides par jour.

Position du suicide dans les causes de décès

Population totale	Suicide = 10 ^{ème} cause Mais 1 ^{ère} cause externe
Moins de 20 ans	Suicide = 4 ^{ème} cause de décès toutes causes confondues 2 ^{ème} cause de décès externe (après les accidents de la circulation)
20 à 39 ans	Suicide = 1 ^{ère} cause de décès toutes causes confondues
40 à 59 ans	Suicide = 4 ^{ème} cause de décès toutes causes confondues 1 ^{ère} cause de décès externe
60 à 79 ans	Suicide = 12 ^{ème} cause de décès toutes causes confondues 1 ^{ère} cause de décès externe
80 à 99 ans	Suicide = 14 ^{ème} cause de décès toutes causes confondues 2 ^{ème} cause de décès externe (après les chutes accidentelles)

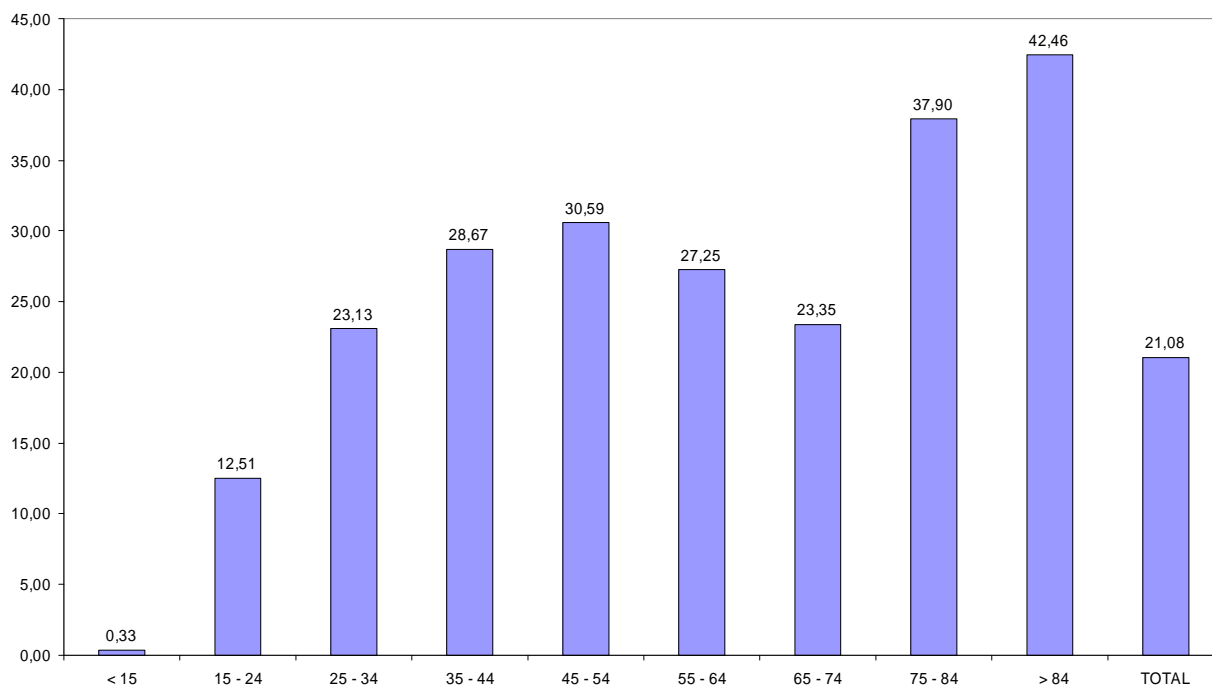
Avec 2146 suicides sur un total de 103.800 décès en 1997, au niveau de l'ensemble de la population, le suicide est la 10^{ème} cause de décès (après et par ordre décroissant, les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies vasculaires cérébrales, les maladies de l'appareil digestif, les maladies du système nerveux et des organes de sens, les maladies endocriniennes et du sang, les troubles mentaux, les symptômes et états morbides mal défini) .

Il faut alors remarquer que si le suicide est la 10^{ème} cause de décès au sein de la population générale, c'est la première cause de décès dans la typologie INS des causes extérieures.

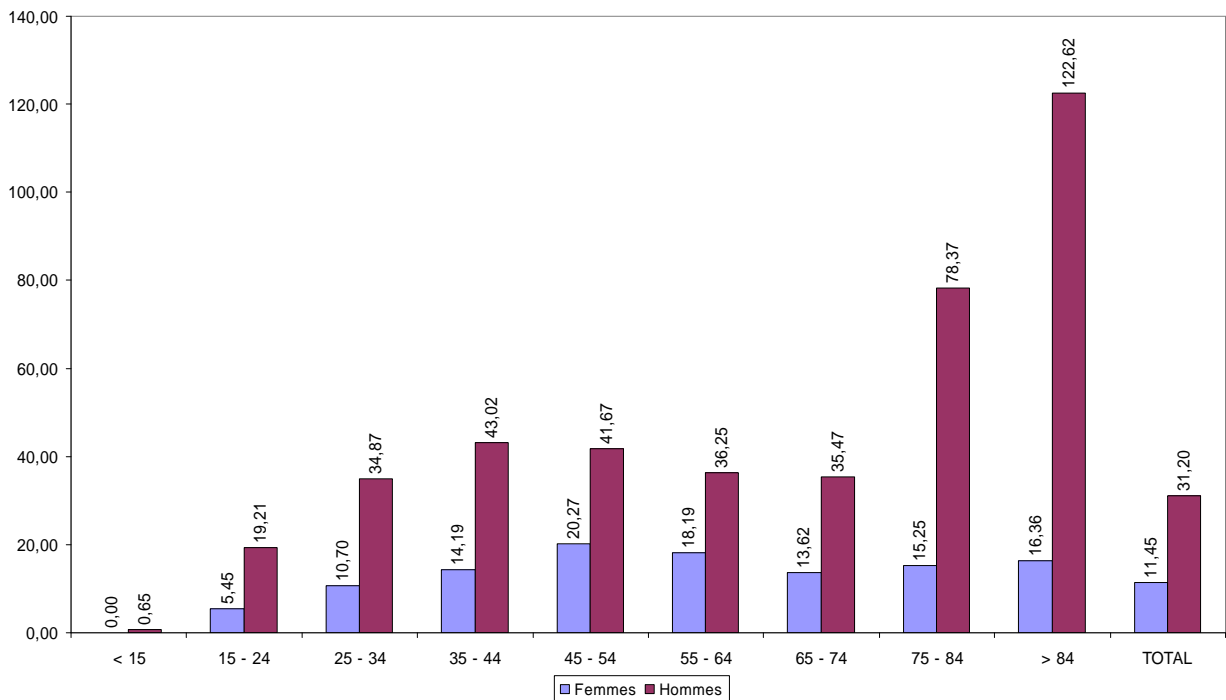
Chez nous, le suicide est la première cause de mortalité externe et il y a chaque année, plus de décès par suicide que par accident de la route.

Alors qu'au niveau des causes de mortalité le suicide ne survient qu'en douzième place chez les plus de 60 ans - tandis que chez les 20-39 ans c'est la première cause de mortalité - au niveau des taux de suicide par groupe d'âge ce sont les personnes de plus de 70 ans qui sont les plus touchées.

Taux de suicide par groupe d'âge pour la population belge totale - 1997
n / 100000



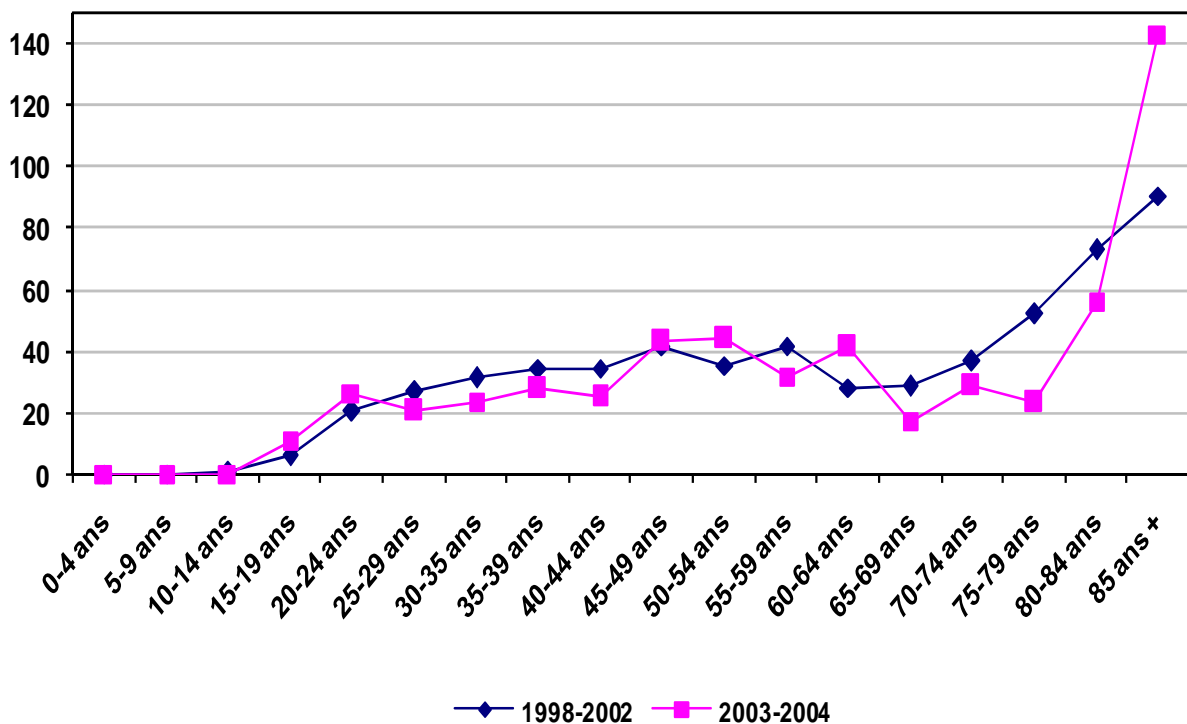
Comparaison du taux de suicide par groupe d'âge pour la population belge totale - 1997
n / 100000



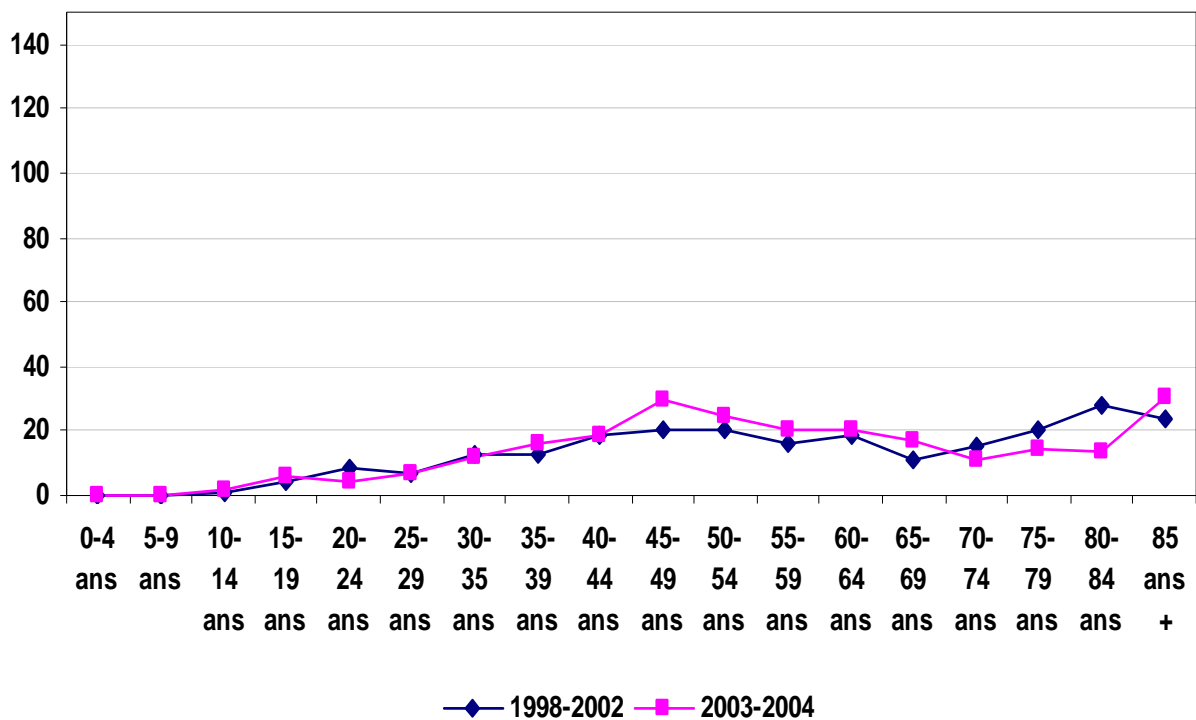
Si toutes les classes sociales de la population sont concernées par la problématique, il existe comme nous le voyons des différences importantes au niveau des classes d'âges mais également de la répartition par sexe.

En effet, selon les chiffres de mortalité, les hommes se suicident en moyenne trois fois plus que les femmes.

Evolution des taux de suicides en fonction de l'âge - Périodes 1998-02 et 2003-2004
Hommes- Bxl



Evolution des taux de suicides en fonction de l'âge - Périodes 1998-02 et 2003-2004
Femmes- Bxl



Nous constatons ainsi que le risque suicidaire augmente avec l'âge, avec un premier pic aux alentours de 45 ans et un deuxième pic très important pour les hommes à partir de 75 ans.

En d'autres termes, les personnes qui se suicident le plus en Belgique ne sont pas les jeunes comme on aurait tendance à le croire mais bien les personnes entre 40 et 50 ans et surtout les hommes à partir de 75 ans.

Rapport suicides / tentatives de suicide

	Suicides	Tentatives de suicide
Pop Totale	1	14
< 25 ans	1	100 à 200
> 65 ans	1	2 à 3

Remarquons qu'en ce qui concerne les tentatives de suicide, les proportions s'inversent puisque les femmes tentent beaucoup plus souvent de se suicider que les hommes (1 suicide abouti sur 10 tentatives pour les femmes, 1 sur 3 pour les hommes) et les jeunes beaucoup plus que les aînés (1 suicide abouti sur 100 à 150 tentatives pour les moins de 25 ans, pour seulement 1 suicide abouti sur 2 ou 3 tentatives pour les plus de 65 ans).

Comme on le voit, la question du suicide se pose de manière particulièrement importante aux âges extrêmes de la vie. Si le taux de tentatives de suicide chez les jeunes est important, c'est chez les personnes âgées que nous retrouvons le plus haut taux de suicide.

Décès par suicide en Belgique, en fonction du sexe et des groupes d'âges et selon les méthodes utilisées (Source : données INS 1997)

	Total			Moins de 20 ans			20 à 39 ans			40 à 59 ans			60 à 79 ans			80 à 99ans		
	H+F	H	F	H+F	H	F	H+F	H	F	H+F	H	F	H+F	H	F	H+F	H	F
total suicides	2146	1551	595	64	52	12	668	516	152	787	541	246	472	327	145	155	115	40
par substances solides ou liquides	348	190	158	5	3	2	115	70	45	142	73	69	68	32	36	18	12	6
Par gaz à usage domestique	5	3	2	-	-	-	2	1	1	3	2	1	-	-	-	-	-	-
Par d'autres gaz	35	24	11	1	1	-	14	11	3	14	8	6	5	3	2	1	1	-
Par pendaison, strangulation et asphyxie	984	784	200	25	20	5	338	279	59	370	287	83	184	142	42	67	56	11
Par submersion (noyade)	204	106	98	1	1	-	31	23	8	86	42	44	71	34	37	15	6	9
Par armes à feu ou explosifs	310	283	27	17	14	3	78	73	5	105	88	17	90	88	2	20	20	-
Par instrument tranchant et perforant	26	16	10	-	-	-	6	5	1	13	6	7	6	4	2	1	1	-
Par saut d'un lieu élevé	122	60	62	5	4	1	35	18	17	24	12	12	34	14	20	24	12	12
Par moyens autres et non précisés	111	84	27	10	9	1	49	36	13	30	23	7	13	9	4	9	7	2

Une première explication de ces différences peut résider dans les moyens utilisés pour passer à l'acte. Les femmes utilisant en effet davantage l'absorption de substances toxique tandis que les hommes privilégient des méthodes plus violentes comme l'usage d'armes à feu ou la pendaison. Mais au delà de cette

première approche, il convient de s'interroger plus avant sur les déterminants individuels et sociaux qui peuvent intervenir dans le passage à l'acte suicidaire.

On sait que globalement, les théories sur le sujet explorent des pistes contrastées sinon opposées. Que la réalité concrète du suicide est difficilement cernable.

Dès que l'on quitte l'approche purement statistique pour tenter une analyse du phénomène, les divergences ne tardent pas à se faire jour, divergences portant aussi bien sur la détermination des catégories les plus à risques que sur les causes globales de l'acte suicidaire et, *in fine*, sur les outils à mettre en place pour le prévenir.

Et de fait, le suicide est une problématique complexe et polymorphe qu'il convient d'appréhender dans ses multiples dimensions, individuelles et psychologiques, mais aussi collectives et sociales, voire sociétales.

Néanmoins, il existe une série de constats sur lesquels les experts s'accordent et qui pourraient servir de point de départ à une large réflexion autour d'un plan d'action global liant prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Pour tenter de comprendre par exemple les raisons de la « sursuicidalité » des hommes, il faut, au delà de l'analyse des moyens utilisés, examiner l'évolution récente de notre société en général et de l'évolution en particulier du rapport hommes/femmes. Cela demande de prendre conscience de l'effet déterminant de la socialisation chez les hommes et partant de là, des comportements qu'elle entraîne chez ceux-ci. Avec cette évolution, une nouvelle réalité s'est imposée de plus en plus, à savoir que ce sont les hommes qui enregistrent probablement le plus de malaises, qui vivent le plus de difficultés et présentent le plus de vulnérabilités tant dans le domaine de la santé que dans celui du comportement.

Pour en revenir à la question qui nous préoccupe ce soir à savoir le taux de suicide extrêmement élevé chez les aînés, s'il existe à tout âge des éléments qui peuvent aider à comprendre le passage à l'acte suicidaire, il existe chez la personne âgée un certain nombre de facteurs de risque bien identifiables.

« Le vieillissement est d'abord social. Nous vieillissons parce que les recommencements nous sont de moins en moins possibles et que notre passé devient toujours plus la préfiguration de notre avenir » André Gorz

Durant toute notre vie nous devons faire face à toute une série d'événements plus ou moins stressants, de pertes, de deuil, de renoncement ou d'échec.

Ces moments difficiles sont en général contrebalancés par des moments de joie, de bonheur, de réussite, ce qui au final nous permet de maintenir une sorte d'équilibre psychique.

De plus, les moments difficiles que nous traversons peuvent en fonction de toute une série de facteurs personnels et environnementaux nous permettre soit d'évoluer positivement et de développer de nouvelles aptitudes d'adaptation soit nous faire basculer dans des situations de crise aigue desquelles il sera plus difficile de sortir. C'est dans ces situations où la souffrance ressentie face aux aléas de la vie prend le dessus que la tentation suicidaire peut prendre corps chez certaines personnes.

Facteurs de risque identifiables

- Perte du conjoint
- Deuils divers et multiples
- Perte d'autonomie
- Baisse des facultés psychologiques et /ou intellectuelles
- Placement en institution
-

Chez la personne âgée, les situations vécues de pertes sont multiples. La perte du conjoint, les deuils multiples d'amis ou de connaissances, la perte d'autonomie, la baisse des facultés psychologique et /ou intellectuelle ou encore le placement en institution constituent toute une série d'événements particulièrement stressants qu'avec l'âge il devient de plus en plus difficile de surmonter. Et ceci chez les hommes en particulier.

Si ces différents facteurs de risques sont inéluctables puisque liés à l'âge, et donc difficilement réductibles, le regard et l'attention que l'entourage porte sur ces situations et en particulier sur la souffrance potentielle qui les accompagne constitue certainement un axe de prévention à développer. Certes, plus une personne avance en âge, plus le risque de vivre la perte d'un proche augmente. Sommes-nous suffisamment attentifs à l'impact de ces deuils sur nos aînés ?

N'avons-nous pas tendance à penser un peu trop vite que lorsque c'est la énième fois qu'un proche disparaît l'impact de ce nouveau deuil sera moindre ? Qu'en savons-nous ?

Pouvons-nous vraiment croire qu'à partir d'un certain nombre de deuils on devient immunisé contre la perte ? Qui tentons-nous de rassurer par là ? La personne âgée qui est en face de nous ou notre propre angoisse face à la mort ?

Dans notre société occidentale qualifiée de « post moderne » nous devons faire face à un double paradoxe face à la mort. D'une part l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Nous vivons de plus en plus vieux, et globalement de mieux en mieux. Les progrès de la médecine nous font croire que la mort peut dans bien des cas être vaincue ou tout au moins combattue avec vigueur.

D'autre part, la baisse de la pratique religieuse quelle qu'elle soit a eu pour effet de nous priver de lieux où penser, voire célébrer, la mort et plus particulièrement le rapport entre la vie et la mort. Nous en sommes donc arrivés progressivement à nier d'une certaine manière la mort ou à ne la vivre que comme un échec, comme quelque chose de non naturel. Par ailleurs, la mort n'a sans doute jamais été aussi présente autour de nous, à la télévision ou au cinéma. Dans les médias nous sommes quotidiennement confrontés à elle. Et pourtant c'est comme si il ne s'agissait pas de *notre mort* mais d'un concept vague, impersonnel qui ne s'appliquerait en tout cas pas à nous.

Signaux d'alerte

Il existe certains signes dont la répétition et/ou la conjonction permettent de repérer un projet suicidaire.

● Messages directs :

“Je veux en finir”/“La vie n'en vaut plus la peine”/“Je n'en sortirai jamais”/
“Je voudrais m'endormir pour toujours” ...

● Messages indirects :

“Vous seriez mieux sans moi”/“Ma vie est inutile”/“J'ai fait mon testament”/
“Je vais mettre mes affaires en ordre” ...

● Comportements :

Isolement/retrait/consommation abusive d'alcool et-ou de médicaments/ hyperactivité/
extrême lenteur/perte d'énergie/changement de comportement/ absence de réaction à
la perte d'un proche ou à un autre événement majeur

Un des symptômes principaux est un comportement dépressif mais un extérieur jovial
peut également cacher un grand désespoir.

Face à des personnes qui par leur âge sont le plus proches de la fin, nous sommes donc le plus souvent incapables de soutenir une quelconque discussion sur le sujet. Quant nous entendons « *l'année prochaine, je ne serais plus là* » ou « *je suis si fatiguée, le mieux serait que cela se termine* » n'avons nous pas tendance à vite trouver des échappatoires pour ne surtout pas discuter de tout cela ?. Face à ces évocations de la mort, l'angoisse nous saisit et parce que nous ne possédons plus de code pour en parler, nous l'évacuons avec pour conséquence de laisser ceux qui s'adressent à nous à leur propre solitude, leur propre angoisse.

Mais au delà de ces facteurs de risques plus spécifiques ne devons-nous pas aussi nous interroger sur la place que la personne âgée occupe dans nos sociétés occidentales ?

Place de la personne âgée

- Absence de modèle d'intégration autre que le travail ou la consommation
- Eclatement de la cellule familiale traditionnelle
- Effritement du lien social qui conduit à l'isolement

Dans une société où l'intégration sociale passe encore le plus souvent par le travail, quel mode d'intégration offrons-nous à des personnes en fin de carrière ou dont la carrière professionnelle est derrière elles, mais dont l'espérance de vie augmente d'année en année ? Quel modèle autre que la « super mamy » qui s'envole pour les Seychelles ou du papy qui fait des placements rentables à court terme proposons-nous ?

En dehors de ce cadre de référence de l'hyper consommation dont sont exclus la plupart des pensionnés, force est de constater que notre société n'offre que peu de modèles d'intégration alternatifs et surtout accessibles à tous.

Dans cette société donc où tout va de plus en plus vite et où l'éclatement de la cellule familiale traditionnelle a détissé les liens transgénérationnels, l'isolement et la solitude sont devenus un phénomène qui touche durement les franges les plus âgées de nos sociétés. Nombreuses d'entre elles vivent des situations de perte de tout lien social et peuvent passer des journées où le seul contact social est le passage du facteur qui dépose l'un ou l'autre tract publicitaire.

Là où parmi les valeurs sociales particulièrement privilégiées jadis se trouvait l'expérience notamment liée à l'âge, nous assistons maintenant à un renversement en faveur de la nouveauté et de la croissance. Ce qui apporte la richesse ce n'est plus le savoir patiemment acquis, mais les potentialités d'avenir. La personne plus âgée s'est ainsi retrouvée dépourvue d'intérêt face à la montée en puissance de l'enfance et de la jeunesse comme valeur en soi.

Enfin, pour comprendre réellement pourquoi nous retrouvons un taux de suicide aussi élevé chez les personnes âgées, nous devons tenter d'analyser ce qui fait que, trop souvent encore, la question du suicide des personnes âgées est comme éclipsée par la question du suicide des jeunes.

De fait, la question du suicide des personnes âgées reste, au niveau socioculturel, encore trop marqué d'une plus grande acceptation ou tout au moins d'une moindre réprobation sociale du geste suicidaire chez les vieux.

Comme s'il était moins choquant de mettre fin à ses jours à 75 ans; comme si, somme toute, les personnes âgées qui se suicident ne faisaient qu'anticiper quelque peu une fin de toute façon inéluctable...

Il n'y a pourtant pas de grande ou de petite souffrance, de souffrance plus ou moins relative en fonction de l'âge. Ce qu'il y a avant tout c'est une personne qui souffre. Qui souffre dans son âme et dans sa chair. Et c'est bien cette souffrance là qu'il s'agit de reconnaître. En tant que telle ni plus ni moins.

Car quel serait donc le sens d'une société où la porte de sortie pour les plus âgés serait de plus en plus le suicide ?

« Alors que faire ? » me direz-vous. Pour nous, une des piste majeure en prévention du suicide consiste à « revenir à soi : qu'est-ce qui en moi est touché quand je suis confronté(e) à la personne suicidaire ? De quelle façon, avec quelle intensité ? Qu'est-ce qui de ma propre histoire, de ma propre intimité est bousculé ?

Attitudes de prévention

- Ne pas juger
- Ni banaliser, ni dramatiser
- Reconnaître la souffrance quelle qu'elle soit
- Etre authentique
- Faire relais
- Assurer la cohérence des interventions entre les différents acteurs des relais

En effet, nous n'arrivons jamais « neutre » dans la relation. Il y a donc, en préalable, quelque chose de nous à repérer et à reconnaître pour que notre émotion n'interfère pas « négativement » et à notre insu dans la relation, sous forme de rejet par exemple ou au contraire, dans une implication massive où l'on dépasserait nos limites. Mieux vaut « passer la main » et reconnaître honnêtement sa limite si on ne se sent pas capable d'entrer en relation avec la personne en souffrance. Dans la relation, il y a aussi quelque chose à contenir de notre propre tentation de pouvoir : sauver l'autre, avoir la réponse pour lui et à sa place, pouvoir combler tous ses manques, etc...

Ne pas juger : même si la personne elle-même ne sait pas pourquoi elle est venue se suicider à l'acte, aucun acte humain n'est insensé ; il ne s'agit pas d'une « bêtise » comme on l'entend souvent ; la tentation suicidaire ou toute conduite à risque a un sens dans l'histoire du sujet et est le signe d'une grande souffrance. Attention aussi à nos représentations comme par exemple : le suicide est un signe de lâcheté, ou de courage, car ces jugements de valeur vont imprégner notre abord de la personne. Pour le sujet en souffrance aiguë ; il n'est question ni de courage, ni de lâcheté, il est question d'arrêter le plus souvent d'arrêter de souffrir d'arrêter d'avoir mal.

Ni banaliser, ni dramatiser : il n'y a pas de petites ou de grandes souffrances, des souffrances ridicules ou des souffrances nobles et dignes de ce nom. Il y a la souffrance et elle ne se mesure pas ; l'impact d'un événement sur une personne dépend de la valeur qu'il a pour elle, de ce qu'il touche d'essentiel (besoins, valeurs...) en elle à un moment donné. Cependant, tout signe de mal être ne doit pas nous alarmer au point de voir le danger partout et de devenir du même coup tendu et excessivement contrôlant.

Reconnaître la souffrance quelle qu'elle soit : la personne a surtout besoin d'être reconnue comme être souffrant. Evitons le piège de la logique binaire (c'est-à-dire, se poser la question : « Veut-elle mourir, oui ou non ? » et si la réponse est négative, se dire : « Ouf ! » et du coup fermer la parenthèse et minimiser la souffrance sous-jacente) et remplaçons-la par le souci de l'autre : « Qu'est-ce qui vous fait mal au point de vouloir en finir ? Quelle est votre souffrance ? Comment puis-je vous être utile ? Qu'avez-vous déjà essayé ? Qu'est-ce qui n'a pas marché ?... ».

Etre authentique : ne pas jouer à ce qu'on n'est pas et être humble devant la « vérité » de l'autre (sa différence). Ceci implique de renoncer à vouloir tout comprendre et aussi à tout solutionner, souvent avec des réponses qui sont surtout les nôtres. Devenir « contenant » pour le sujet en souffrance implique d'occuper pleinement son espace et d'occuper pleinement sa parole, de s'engager dans la relation mais en ne trichant ni sur ses limites, ni sur les limites du cadre dans lequel on agit.

Il ne faut pas faire croire à l'autre que tout va se résoudre, lui donner de fausses espérances quant à notre capacité à l'aider. Il ne faut pas devenir le prolongement de l'autre.

Faire relais : accompagner la personne et ne pas travailler seul, se garantir les moyens de l'orienter de façon adaptée ; pour cela s'informer sur le réseau, le travail des personnes et des services (connaître et rencontrer les collègues

autant que faire se peut). Il ne s'agit pas de s'investir d'un devoir de solution à tout prix pour l'autre mais plutôt d'être témoin de son vécu. En tant que personne ressource et interlocuteur, c'est à nous de chercher du soutien pour se donner les moyens d'avoir le recul nécessaire et ne pas s'épuiser (avoir le souci de soi et de ses propres émotions).

Assurer la cohérence des interventions entre les différents acteurs des relais : condition parfois difficile à réaliser ; néanmoins, autant que faire ce peut, les interventions ne devraient pas être en contradictions les unes avec les autres au risque, entre autres, de s'annuler l'une l'autre.

Cette attitude préventive est une disposition d'esprit qui, cela va sans dire, subit l'influence plus ou moins favorable du contexte organisationnel, institutionnel et interrelationnel dans lequel les intervenants œuvrent aux côtés des personnes en détresse.

En guise de conclusion

Sujet tabou pour les uns, déni de la chose pour les autres, simple symptôme d'un mal plus profond ou choix éthique et philosophique ... le suicide est à la fois total, global et singulier. Total car il nous renvoie à la question universelle de la vie et de la mort, mais aussi de la souffrance, global car c'est le fondement même de la société qui est mis en cause, singulier car c'est bien de notre propre mort qu'il s'agit.

Et ne nous illusionnons pas, le suicide des plus âgés nous concerne tous. Etre âgé n'est pas une maladie ou une tare qui ne frappe que certains. Penser que les vieux ce n'est pas nous, c'est oublier que tôt ou tard notre tour viendra et que d'ici cinq, dix, quinze ou vingt ans, c'est nous qui serons assis là... à attendre.

Le suicide des personnes âgées

Par Anne Lahaye

Psychologue aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne,
Chargée de cours à la Haute Ecole Léonard de Vinci

20

Le suicide de la personne âgée est une réalité importante et ignorée.

Pourquoi cet état de fait face à un phénomène qui devrait être une priorité en terme de santé mentale ?

Plusieurs axes de réflexion, en interdépendance, peuvent être envisagés :

- Le contexte historique

- Le contexte social,

dans lesquels s'inscrivent :

- Le contexte psychologique

- Le contexte institutionnel

Le contexte historique

Le regard de nos sociétés sur le suicide de la personne âgée a beaucoup évolué au travers de l'histoire.

Globalement, au cours des siècles, le suicide de l'agé a plutôt fait l'objet d'un accord tacite. Parfois même, dans certaines sociétés, le suicide était encouragé à partir du moment où la personne devenait une charge pour le groupe social.

C'est donc la notion de « mort en temps voulu » qui correspond au suicide du malade, du vieillard « qui est las de vivre parce que la vie ne pourra plus rien lui apporter que dégradation. »¹

La mort choisie était donc un fait admis, prévu dans la loi et qui est liée à cette perception que la vieillesse n'est au bout du compte que dégradation, souffrance et poids pour le groupe social.

Ce qu'il faut relever dans ces fins de vie, c'est qu'elles étaient admirées, ce qui est encore une partie des sentiments que nous pouvons retrouver aujourd'hui, en tout cas pour certains suicides de personnes âgées.

C'est avec la civilisation chrétienne que le suicide va être clairement condamné et assimilé à un homicide (Concile de 452), privant ainsi le suicidé de sépulture chrétienne. A noter que le terme de suicide signifie meurtre de soi-même (sui=soi, caedere= tuer). Ce terme a été créé en 1732 par l'abbé Desfontaines.

Les mentalités ont progressivement évolué vers plus d'indulgence et plus de tolérance, en tout cas pour ce qui concerne le suicide du vieillard. Il semble plus

¹ L. Duret, Les conduites suicidaires de la personne âgée, <http://membres.lycos.fr/lduret/partie2.htm>

admis aujourd'hui que le suicide pourrait être une solution envisageable devant ce que peuvent réserver certaines fins de vie.

Dans un certain nombre de cas, ces suicides sont même considérés comme rationnels et justifiés au nom d'une liberté de choix, au nom d'une dignité.

On se réfère ici à une conception existentielle de ce que la vie doit être et de ce qu'on est en droit de supporter ou non, la décision reposant sur un jugement apparemment réfléchi de la situation.

En fait, on peut penser que ce point de vue renvoie à une vision très déficitaire de la vieillesse, qui est certainement la perception de notre société sur la vieillesse, mais aussi le produit de notre histoire : certains travaux d'historiens ont montré que, dans nos sociétés, la vieillesse n'a jamais véritablement connu un âge d'or et que, avec des nuances d'une époque à l'autre, elle a toujours été considérée comme une lente descente, une lente dégradation des capacités vers une perte d'autonomie de plus en plus importante, vers le retour en enfance (le stade de « l'imbécillité » de l'Imagerie d'Epinal). C'est dire que les représentations inconscientes dont nous avons hérité concernant la vieillesse, liées aux représentations sociales sont lourdes à porter.

Le contexte social

Quelles sont les images avancées pour définir les vieux ? Ils ont tous des pertes de mémoire, la sénilité est une conséquence inévitable de la vieillesse, ils sont en mauvaise santé, ont des maladies chroniques, sont toujours fatigués, irritables, placés, n'ont plus de vie sexuelle, se plaignent tout le temps. Ils ne peuvent plus apprendre, s'adapter à des situations nouvelles, sont inflexibles, conservateurs, égocentriques, n'écoutent pas, sont dans leur passé, critiquent ce qui est actuel et les jeunes en général.

(Je précise que dans les représentations de la vieillesse, on fait une grande différence entre la personne âgée en général et la perception de ses parents ou grands-parents)

Il faut être bien conscient des conséquences ou des risques de cette attitude :

- Pour la personne âgée, c'est le risque d'introjection de ces opinions, de ces croyances : avec des réactions de négation du vieillissement, parfois à n'importe quel prix (bien sûr, il faut que les opinions extérieures rencontrent un terrain psychique fragile), avec des sentiments de résignation et le danger que, face à une dépression considérée comme une conséquence inéluctable de la vieillesse, la personne ne se fasse pas soigner, ou ne cherche pas à réagir, ne sera pas motivée à changer. *Dans la mesure où l'entourage et même parfois les professionnels partagent ces opinions, rien ne sera fait.*

- Risque aussi, au niveau social de mener à des comportements discriminatoires = âgisme. (=racisme, sexisme) c.à.d. ensemble des attitudes préjudiciables et des pratiques discriminatoires adoptées vis-à-vis d'une personne en raison de son âge, ce qui va renforcer la baisse de l'estime de soi, les blessures narcissiques (dont on reparlera plus loin)

Ex. : On entend parfois dire que les personnes âgées sont un fardeau pour la collectivité, qu'elles utilisent des services pour lesquels elles ne payent pas et qui devraient profiter aux membres les plus productifs de la société, que leur passé est derrière elles et qu'elles n'ont donc plus rien à offrir, qu'elles reçoivent plus qu'elles ne peuvent donner, que les soins accordés devraient être limités à l'essentiel car de toute façon elles sont sur le point de mourir...

C'est aussi l'écho que l'on reçoit souvent quand on dit qu'on travaille avec les personnes âgées, travail dévalorisé, comme si l'opinion défavorable qui prévaut face aux âgés était étendue à ceux qui s'en occupent. Et c'est une souffrance rencontrée fréquemment sur le terrain, où, encore aujourd'hui, un certain nombre travaille à défaut de mieux, dans la dévalorisation permanente.

Portrait assez effrayant qui ne pousse certainement pas les plus jeunes à vouloir s'identifier aux personnes les plus âgées de notre société. Elles ne représentent certainement pas chez nous, un idéal à atteindre. Et la boucle est bouclée : tout est fait pour qu'on avance vers la vieillesse 'à reculons'.

Simone de Beauvoir écrivait : « Rien ne devrait être plus attendu que la vieillesse, rien n'est plus imprévu. »

Le vieux, c'est l'autre dans lequel nous ne nous reconnaissons pas, qui fait horreur si on le voit dans une identification possible. Quelque part, en soi, on se sent éternellement jeune : moi, je ne serai jamais comme cela ou, si je deviens comme cela, je me suicide.

L'image de la vieillesse, quand nous la saisissons pour nous-mêmes, produit cette impression d'inquiétante étrangeté (au sens où Freud en parle) : c'est à la fois nous et pas nous : c'est un peu, d'une certaine manière comme « quand l'effrayant se lie au familier ».

Se penser vieux, c'est se penser autre. Et l'image interne qu'on peut avoir de soi ne colle plus tout à fait à l'image rendue par le miroir. Le temps qui marque le corps crée comme un décalage, « comme une fuite de l'identique, ou un glissement de l'identité ». Cette permanence que l'on ressent dans sa vie interne est de plus en plus décalée par rapport aux changements physiques.

Une femme, citée par Jack Messy², lui disait : « Bien sûr, je sais que je suis vieille, on me le fait assez savoir, mais moi, voyez-vous, je ne me sens pas vieille. » (pp33)

² La personne âgée n'existe pas, J. Messy, Rivages, 1992, p33

Le contexte psychologique

C'est probablement cet ensemble d'opinions qui amène à voir le suicide essentiellement comme un droit, comme un acte de dignité, de courage, qui permet de ne pas imposer aux autres cette image de déchéance.

Ainsi Montherlant (cité par L. Duret) justifiait l'acte suicidaire qu'il commit lui-même : «...*On se suicide par respect pour la vie, et qu'y a-t-il de plus honorable que ce respect de la vie ?...* »

L.Duret conclut ainsi : « *Il n'y a parfois rien d'autre à entendre dans le geste suicidaire de l'âgé qu'un simple et émouvant adieu à une vie riche qu'il ne désire pas voir s'appauvrir.* »

Il y a cette notion de la liberté de chacun de décider quelles sont ses limites face à une maladie incurable, à des souffrances vécues comme insupportables (le seuil de tolérance est d'ailleurs quelque chose de très personnel : d'autres peuvent, dans les mêmes circonstances demander au contraire qu'on fasse un maximum point de vue médical).

Cependant, on peut se demander aussi s'il n'y a pas là une volonté de s'épargner une fin de vie difficile, dans un environnement souvent peu soutenant, peu présent, voire dévalorisant.

On sait que, quand on peut assurer à une personne en fin de vie, un confort physique et psychologique sans angoisse et douleur morale, qu'on apporte un soutien, une écoute, que les équipes soignantes et la famille ont accepté de renoncer à toute pression curative, la plupart des personnes ne demandent plus à mourir. La mort se fera de manière sereine ou encore, parfois, on peut voir une amélioration de l'état de santé pour un temps. On n'a pas toujours conscience de la pression médicale qu'on peut exercer dans la volonté de soigner une personne âgée sans toujours de respect pour son rythme et ses capacités d'intégrer ce qu'on lui veut.

On peut se poser la question de savoir jusqu'où on peut s'ingérer dans une orientation voulue par une personne, qui fait référence au droit de la personne à décider pour elle-même, et à partir de quand on se trouve devant non-assistance à personne en danger.

C'est là que, en tant que professionnel, nous devons mener une réflexion, au cas par cas, en restant vigilant à ce qui sous-tend les réflexions et les comportements d'une personne.

J'attire l'attention sur le fait **qu'il y a une grande différence entre les projections que nous, plus jeunes, pouvons faire**, du type : « comme je la

comprends, cette personne qui préfère en finir plutôt qu'accepter ce qui me paraît insupportable » **et les réactions que nous pouvons voir émerger en nous** quand nous sommes pris en tant qu'acteur dans une situation difficile. Nous ne pouvons jamais prévoir comment nous réagirons dans une situation donnée, quelles ressources seront mobilisées, quelles angoisses seront réactivées mais nous sommes seulement capables de dire que nous ne voulons rien perdre de ce que nous avons aujourd'hui. La personne âgée nous apparaît comme celle qui a perdu beaucoup. Nous la définissons comme cela. Et nous ne pouvons pas nous identifier à elle.

Bien faire la différence entre ses sentiments à soi et ceux de l'autre permettra d'améliorer l'écoute et la compréhension de ce que vit l'autre.

En effet, la réalité des suicides ne peut que nous interpeller : les moyens utilisés, la prédominance du suicide chez les hommes et chez les personnes isolées, la réalité de la dépression, les comportements d'appels à l'aide (souvent déguisés) avant le passage à l'acte. Cet ensemble d'observations doit nous amener à nous poser la question de ce qui sous-tend la plupart des suicides en réalité.

Il est certain que la question d'une **dépression** sous-jacente doit être posée. Cependant les limites entre un trouble de l'humeur affectant le jugement d'une personne et le choix éclairé de renoncer à une vie qui ne répond plus à ses aspirations de fond, n'est pas facile à faire. La frontière est probablement, dans certains cas, assez floue.

Qu'est-ce qui peut faire la fragilité de la personne âgée ?

Le présumé qu'il faut mettre en place, c'est le fait que sur le plan intrapsychique, on ne change pas en vieillissant. C'est dire qu'on garde le même fonctionnement, le même inconscient, les mêmes pulsions, les mêmes désirs que quand on était plus jeune. L'envie de plaire, l'envie d'être aimé, l'envie d'être reconnu, reste constant. Ce qui change, c'est la force pulsionnelle, la quantité d'énergie qu'on a en soi pour mettre en place des projets, pour entreprendre, pour aller chercher les satisfactions....

C'est donc une permanence sur le plan qualitatif et une diminution sur le plan quantitatif, qui sans doute, fait croire aux plus jeunes qu'on accède en vieillissant à une certaine sérénité, une certaine sagesse, au sens, non pas de l'expérience, mais au sens hors pulsions, hors sexualité (au sens large).

Par contre, les expériences de la vieillesse vont réactiver (comme toutes les expériences de perte que l'on peut faire dans sa vie) un certain nombre de peurs, d'angoisses, de fragilités liées à son histoire.

Parmi ces peurs, on retrouve de façon fréquente chez les très âgés : la peur de l'abandon et la peur de l'aliénation (cfr. la maladie d'Alzheimer). Certaines fragilités narcissiques peuvent aussi être réactivées par l'expérience du vieillissement.

Une de mes patientes que j'ai suivi quelques années suite à une tentative de suicide, me disait le jour où elle a eu 80 ans : maintenant, je suis vieille. Et à ma question de savoir ce que représentait pour elle la vieillesse, elle a répondu : la vieillesse, c'est qu'on ne m'aime plus. Je précise que cette dame avait autour d'elle une famille qui restait très proche. C'était, non pas une réalité qu'on puisse ne plus l'aimer, c'était sa vision de la vieillesse.

La solitude, la perte des valeurs qu'on peut avoir au niveau social, la perte des rôles, les difficultés financières parfois (entraînant la dépendance à ses enfants), les maladies, la perte d'une partie de son autonomie et son corollaire, l'entrée en MAISON DE REPOS (dont je reparlerai plus loin)... tout cela entraîne une perte de l'estime de soi et renforce les blessures narcissiques. En quelque sorte, on pourrait traduire par l'idée : comment garder de l'amour pour soi, quand tout autour de soi nous renvoie une image de perte, de diminution, d'inutilité ? Comment se dire qu'on peut être aimé alors qu'on ne se sent pas "aimable" ?

Il y a collusion entre la blessure narcissique infligée à la personne âgée par sa vieillesse et son cortège de handicaps, de perte d'autonomie, de sentiment d'inutilité et d'isolement et les angoisses des plus jeunes confrontés à ce devenir inquiétant dans lequel ils ne veulent pas se projeter. Donc la personne âgée a peu de possibilité de dire ses difficultés, on la fait taire, on banalise, on l'enferme dans une vision stéréotypée où ça nous arrange bien de penser qu'elle n'a plus beaucoup d'émotions, qu'elle est au-dessus des « vicissitudes de la vie » en quelque sorte. Le mur du silence peut se mettre en place.

Cette rencontre d'intérêts va renforcer la tentation suicidaire qui, dans ce déni collectif organisé, semblera une solution permettant de ne pas se confronter à des angoisses existentielles aussi profondes.

Noëlle Châtelet écrit à propos du suicide de sa mère (in La dernière leçon, Seuil, 2004) : « Mais oui, tu la comprenais, la vieille dame qui s'était jetée par la fenêtre pour avoir raté sa blanquette d'agneau ! Mais oui, il pouvait tuer, le sentiment atroce de l'impuissance liée à la vieillesse ! Donner l'envie de s'arrêter là, de ne pas s'infliger et infliger aux proches, l'image humiliante de sa propre incapacité ».

Je voudrais insister aussi sur un aspect particulier à la personne âgée qui rend l'intervention plus difficile. La dépression n'est pas toujours facile à diagnostiquer :

- Soit parce qu'on va interpréter les symptômes comme des signes normaux pour l'âge : la perte d'énergie, la perte de l'appétit, les troubles du sommeil, la tristesse, le manque de projets etc.
- Soit parce qu'elle se présente sous des formes masquées tels que des troubles de la mémoire, une désorientation qui peuvent faire penser à un

On voit dans ce modèle que le suicide est un processus où se cumulent un certain nombre de facteurs : la fragilité intrinsèque d'une personne, ou une fragilité causée par les événements de vie, qui rencontrent une absence au niveau des interventions externes (pour toutes les raisons exposées).

Contexte institutionnel

Parmi les événements de vie, je voudrais m'arrêter quelques instants sur un événement qui marque particulièrement les personnes âgées, que ce soit dans la réalité ou dans leurs craintes, c'est l'entrée en maison de repos. C'est peu dire qu'elle représente un véritable bouleversement dans la vie d'une personne, bouleversement qui est l'aboutissement le plus souvent d'un long processus de perte d'autonomie physique ou mentale, avec les risques vitaux encourus par l'isolement au domicile ou l'épuisement des proches. Dans ce sens, elle peut représenter un accès à une sécurité, à un encadrement plus rapproché qui deviennent des besoins fondamentaux pour la qualité de vie de la personne de la personne très âgée et fragile.

Mais, ce qui pose problème, c'est la manière dont se passe cet important changement, les non-dits, les décisions qui se prennent sans la personne concernée, que ce soit par la famille ou par les équipes médicales tant la culpabilité est importante. Le plus souvent, la décision finit par se prendre dans un contexte de catastrophe, d'accident, de crise, le plus souvent au cours d'une hospitalisation. Les deuils seront très difficiles à faire dans ces circonstances.

La maison de repos est avant tout considérée comme un lieu de soins et organisée dans ce sens, alors qu'elle devrait être d'abord conçue comme un lieu de vie. En réalité, ne sont pris en compte que les besoins vitaux qui vont assurer la survie physique de la personne, dans une définition très médicalisée des priorités.

« Ce qui est bon pour le corps est nécessairement bon pour l'homme »⁴

La logique de soins va avoir comme conséquence la perte de la notion de « privé » :

- Vie privée >< corps malade duquel le soignant doit tout savoir et sait parfois plus que la personne elle-même.
- Lieu privé >< notion de sécurité absolue où l'accès à la chambre doit rester permanent.
- Désir privé >< organisation institutionnelle

⁴ David Le Breton, Cité par P.Y. Malo – Séminaire « Droit au risque » Rennes – Octobre 99

Mais qu'en est-il de ses désirs, quelle place pour une existence privée, pour la reconnaissance de son altérité, pour la reconnaissance aussi de ce qu'elle a à transmettre ?

Et donc, il y a rencontre impossible entre **un individu** qui doit se trouver un espace temps privé c.à.d. un lieu et un rythme personnel, qui lui permette d'exister et **une institution**, faite de professionnels prestant un horaire pour gagner de quoi vivre sa vie ailleurs, professionnels qui se définissent par un ensemble de tâches à exécuter, voulant maximaliser le contrôle, pour être plus performant.

C'est la logique du faire contre la logique de l'être.

Dans ce contexte, il faut enfin relever que la question de la mort est le plus souvent un tabou, entraînant tellement de peurs, d'angoisses qu'on préfère le plus souvent évacuer la question. Mais le prix à payer peut être élevé : dépression, angoisses qui s'exprimeront de manière souvent plus comportementales que verbales, donc plus difficiles à supporter pour l'entourage. On peut rencontrer des personnes qui disent avoir envie de mourir pour ne plus avoir peur de mourir.

Quelle prévention ?

Un modèle comme celui-là nous montre aussi que les interventions préventives doivent se faire à différents niveaux. Sans doute, faire changer les mentalités est ce qu'il y a de plus difficile et de plus long à obtenir. B. Veysset-Puijalon⁵, sociologue française, soulignait que la force de témoignage des professionnels de la gériatrie pourrait être un des leviers possibles pour induire un changement à ce niveau.

Alors, en tant que professionnels, nous devons avoir l'attention attirée par un certain nombre de signes, ne pas négliger les plaintes, ne pas banaliser un changement de caractère, apprendre à décoder un comportement agressif ou passif comme des signes de souffrance et considérer que la dépression présente toujours un risque vital. Il y a un intérêt direct à travailler également en interdisciplinarité.

En conclusion, rencontrer la personne âgée, en tant que professionnel de la santé, c'est mener un double travail :

- L'analyse de son propre vieillissement, là où l'on se trouve dans ce processus, être lucide sur ses propres peurs, ses propres questionnements
- Alors seulement, on pourra ouvrir un espace d'écoute, sans projection, où cette personne-là en face de nous, nous dit sa vie, ses perspectives à elle,

⁵ B.Veysset-Puijalon a coordonné ea la revue Autrement, Série Mutations : « Etre vieux, de la négation à l'échange » – N°124 – Octobre 1991

Auteur de « Dépendance et vieillissement », Ed. L'Harmattan, 1989

ses angoisses à elle. Nous pourrions entendre et reconnaître les aléas pénibles de la vieillesse ou de la maladie.

Cet espace qu'on peut ainsi offrir à la personne, cela semble mince au regard de l'intervention hyperactive qu'on inculque dans les formations des soignants, mais c'est l'essentiel puisqu'on permet à la personne de s'exprimer et de dégager elle-même ses solutions personnelles. Elle se sentira ainsi reconnue et confortée dans son identité et dans ses valeurs.

Le suicide des personnes âgées

Par Véra Likaj

Psychologue au SSM Molenbeek, Psychothérapeute

« Ce n'est pas l'esprit qui est dans le corps, c'est l'esprit qui contient le corps et qui l'enveloppe tout entier » Paul Claudel

1. Introduction : le syndrome de glissement, un suicide ?

Le choix a été fait d'aborder le syndrome de glissement (SdG) dans le cadre de cette soirée sur le suicide car il est à envisager comme un équivalent suicidaire.

Mériterait une telle appellation tout comportement ou conduite à risques choisis sans obligation avec conscience de la déchéance progressive et du danger encouru (toxicomanies, refus de traitement, jeu avec la vie et la mort, → anorexie mentale, syndrome de glissement).

Le suicidaire est celui qui sans réaliser un geste directement auto agressif multiplie par ses comportements les situations à risque où parfois sa vie, en tout cas sa santé, peut être mise en jeu. (Le suicidant = celui qui s'est manifesté concrètement.)

Dès lors, le syndrome de glissement s'apparente au naufrage de l'individu qui se laisse mourir.

2. Définition du syndrome de glissement

Le syndrome de glissement est un concept purement français qui n'est pas reconnu par les Anglo-saxons. Pourtant, les équipes gériatriques luttent parfois en vain contre ce fléau dont la réalité clinique est évidente pour tous les soignants et cliniciens proches des personnes âgées.

Dès lors, la définition est mal aisée car celle-ci ne correspond encore à aucun consensus d'une part mais aussi parce qu'il évoque une conjonction de facteurs tant somatiques que psychologiques d'autre part.

Concrètement, il s'agit d'une personne âgée qui suite à un facteur déclenchant (et nous reviendront sur cette notion) présente brutalement une altération massive de l'état général assortie d'une opposition aux soins et d'une volonté de mourir. La personne semble refuser consciemment de continuer à vivre. Bien entendu, il faut écarter tout diagnostic de type démentiel ou maladie

somatique. Rappelons encore qu'il n'y a pas, dans le cas d'un SdG d'auto-agression violente et/ou de tentative de suicide brutale.

La question de la place de la dépression est centrale dans le syndrome de glissement tant le tableau clinique peut être évocateur d'une dépression mélancolique.

Quels chiffres ?

3,5 à 4% des vieillards hospitalisés en moyen et longs séjours présenteraient un tel syndrome. Il m'apparaît évident que ce chiffre est très en dessous de la réalité car il ne tient pas compte des personnes âgées en maison de repos et à domicile. Sans prédominance de sexe.

Le mode d'installation du SdG se fait en deux temps. Un facteur déclenchant (somatique ou psychologique) et un intervalle libre durant lequel l'évènement initial semble guéri ou stabilisé. Le délai d'apparition ne semble pas excéder un mois mais aucune précision quant à la durée minimale n'a été retrouvée dans la littérature.

Le tableau clinique associe la triade symptomatique suivante : anorexie et adipsie, troubles sphinctériens (urinaires et rectaux) et troubles du comportement (thymique, sociaux, et confusionnel).

L'évolution est sombre (sorte d'effet domino dans les complications somatiques et complications liées à l'immobilisation: déshydratation, diminution de la pression artérielle, escarres, infections...) avec un pic de décès (un cas sur 2) entre 8 jours et un mois. Toutefois, au-delà d'un mois, la guérison peut encore être obtenue mais elle est fragile, la récurrence est fréquente (30%). Les traitements sont alors prolongés et la menace de la lassitude plane ainsi que le problème de l'acharnement thérapeutique. 10% des personnes survivent à un an.

Dès lors, l'évolution sera d'autant plus favorable que la prise en charge est plus précoce (nous y reviendrons). La guérison est marquée par la reprise spontanée de l'alimentation et de la boisson, et par la reprise progressive d'une communication avec les soignants et l'entourage.

3. Concept de fragilité

Le concept de « fragilité » est au centre du processus d'installation d'un SdG. (mais également de la dépression de la personne âgée et de la crise suicidaire) Toute une série de facteurs à risque peuvent contribuer à un état instable pouvant faire basculer la personne âgée du « vieillissement avec succès » au « vieillissement pathologique ».

Le grand âge est une période critique, lieu de toutes les pertes, réelles et existentielles et fait de cette étape de vie le dernier moment « carrefour existentiel » où la personne doit consolider ou reconstruire un sentiment de sécurité (nous reviendrons sur cette notion).

Mais pour l'introduire citons Erikson pour qui l'intégrité dans le grand âge est la réunion du moi réel et du moi idéal. L'intégrité permet à la personne âgée de s'appuyer sur une profonde estime de soi pour se guérir des inévitables maux liés à la vieillesse. Mais si nous sommes incapables de croire que nous puissions être aimés alors que nous commençons à perdre notre énergie physique, que notre vue se brouille, que notre mémoire vacille, que nous sommes à la retraite..., il se peut que nous pensions « Je m'en fiche si je suis vivant ou mort, je préfère être mort ».

Citons-en de manière non exhaustive quelques facteurs pouvant fragiliser cette intégrité :

- faiblesse générale
- dérèglement hormonal
- toutes les maladies se manifestant chez un sujet âgé (cardiaque, neuro...) particulièrement si elles se chronifient.
- chutes répétées
- douleurs
- abus de médicaments ou médicaments inadaptés
- carences affectives
- troubles psychologiques et antécédents psychiatriques
- représentations inconscientes
- environnement social
- lieu de vie, déplacements
- représentation de la vieillesse dans la société (ex : pub récente pour un matelas)
- ...

Trois critères de fragilité sur lesquels je tiens à m'étendre :

De l'incapacité renouvelée à la passivité insoutenable

Le contexte contemporain du progrès de la médecine d'une part et des pathologies cérébrales de l'autre impose aux côtés de la perspective de la mort du fait du grand âge, le spectre de la détérioration mentale, de la perte de son autonomie psychique et/ou physique. Ainsi, le vieillissement engendre dans ce contexte une déstabilisation identificatoire qui peut mettre à mal la question

des limites et, dans la douleur d'une incapacité renouvelée, cantonner la personne âgée à une irréductible position de dépendance et d'impuissance.

Vient alors la crainte d'imposer sa dépendance à son entourage. Et parfois, sous cette crainte, se cache l'angoisse de voir cet entourage s'imposer dorénavant fort, et en fonction des histoires de vie et de famille, se venger des interdits et des contraintes d'autrefois. Et confronté à la nécessité désolante de céder la maîtrise des affaires à d'autres, de renoncer à faire des projets que son physique ne peut plus endurer, la personne âgée fait parfois le choix conscient ou inconscient de le faire de son propre chef plutôt que de se voir contrainte. C'est ainsi, que s'installe le caractère a-conflictuel de l'appareil à penser de la personne âgée qui s'essouffle. Le désir, la compétition s'éteignent. Et souvent, la plainte corporelle prend la relève de cette psychisation qui s'affaiblit. L'affection somatique peut être pensée comme le bouclier de l'esprit face à des dommages psychiques provoqués par des vécus mortifères à savoir des vécus d'insécurité.

Le corps vieilli, le réel de la perte et de la douleur

Le corps est le médiateur entre l'intimité du moi et l'extériorité du monde. L'image du corps est structurante pour l'identité de la personne et pour l'avènement de la subjectivité et de ses repères. Stade du miroir décrit par Lacan. Le soi trouve son ancrage dans son propre corps. Le réel du corps modifié tend à mettre la personne âgée devant un miroir brisé, où le corps propre n'est plus reconnu comme propre à soi, où soi n'est plus soi. Le regard de l'autre porte atteinte à l'intégrité et à la sécurité psychique : existerais-je encore pour l'autre et avec l'autre, puis-je toujours en être aimé ? La subjectivité est ébranlée par l'atteinte du corps réel. On se retrouve sans protection.

Dans cette atteinte identitaire, le corps peut être perçu comme dangereux, globalement mauvais méritant d'être détruit (relayé par les projections et mes messages de la société). Un corps qu'on ne montre pas, qu'on ne touche pas, un corps non désiré et de ce fait non désirant.

Le corps peut être aussi le lieu de la douleur (la souffrance étant un affect ouvert sur la pensée, indexé à une représentation remémorable). A l'instar de grands brûlés ou accidentés, la personne âgée, en proie à des douleurs intenses, chroniques ou permanentes, sera amenée à faire en sorte que la réalité physique insupportable ne vienne pas contaminer la vie psychique. Celle-ci est comme mise « en repos surveillé » de manière à garder étanche les frontières entre le dedans et le dehors. Mais comment une personne âgée peut-elle restée sauvée psychiquement dans l'isolement et l'évitement ? Le prix à payer est lourd, désaffectibilité, mise en veille des fonctions cognitives et manière très régressive de se rapporter à autrui.

Les personnes plus jeunes peuvent survivre à une telle mesure de quarantaine psychique en s'accrochant à une pensée positive même peu réaliste mais prisonnier d'un ici et maintenant cloisonné.

Temps, vieillissement et famille/institution

La famille/l'institution est un système humain qui a son propre rapport au temps. Le temps familial ou institutionnel est la résultante des temps individuels de chacun de ses membres. En fonction de leur étape de vie, de leur rapport singulier au temps (ralenti ou accéléré, centré sur l'intérieur ou l'extérieur), les membres vivront le temps familial/institutionnel comme synchrone avec leur temps individuel.

Ainsi, il peut arriver que les différents temps des individus n'arrivent pas à se coordonner. La vieillesse confronte la famille/l'institution avec la nécessité d'intégrer un nouveau rythme de fonctionnement.

Très souvent la personne âgée vit plus repliée vers l'intérieur et dans un temps ralenti parfois même suspendu (jusqu'à l'atemporalité de la démence) alors que les proches, les soignants, vivent plus à l'extérieur dans un temps rapide et stressé.

4. Quand la personne glisse...

Sur un terrain ainsi fragilisé, il est aisé de comprendre ce qui déclenche un SdG. « Vieillir c'est du nouveau tous les jours » mais qu'en est-il de ce nouveau dans un contexte de désertification, en l'absence de transitionnel, habité d'un sentiment d'abandon ?

On identifie très souvent comme facteur déclenchant une maladie aiguë, un traumatisme, une infection, une fracture, une intervention chirurgicale, un choc psychique tel le décès d'un proche, abandon du domicile, hospitalisation...

Cette manière de voir les choses ne s'intéresse qu'à la face cachée de l'iceberg. Elle ne rend pas compte des SdG apparaissant après un petit événement, à nos yeux anodin. Par ailleurs, parfois ces causes ne sont en fait que des facteurs fragilisant la personne, la rendant plus vulnérable à un SdG.

Deux exemples :

- Mon arrière-grand-mère
- Mme J, maison de repos du CPAS

Un SdG est dès lors causé par une perte du sentiment de sécurité de la personne âgée, le sentiment que le « monde est sécurisé », sentiment par ailleurs validé par un tiers sécurisant.

La perte de ce sentiment de sécurité entraînerait une faille narcissique alors responsable de la désorganisation subjective et psychosomatique. Se sentant abandonné, le sujet s'abandonnerait ou plutôt son corps l'abandonnerait à son tour.

La perte de protection est la mort sociale, probablement plus insupportable que la mort physique ou mentale.

Ce sentiment de sécurité passe par un contexte sécurisé, une relation à l'autre sécurisée et une relation à soi sécurisée. Notons que plus on est dans une position passive plus on est en proie à être déstabilisé par tout changement dans les repères sécurisants.

Par rapport à soi-même : performance du corps, performance cognitive, apparence, estime de soi et confiance en soi. Validé (ce que je dis est « vrai »)

Par rapport aux autres : lien, regard des autres, besoin d'être aimé et aimable ; exister par l'autre et avec l'autre, nécessité d'être reconnu (ne m'oublie pas) (mort physique préférable à la mort sociale)

Par rapport au contexte : image de la personne âgée dans la société, technologie et temps, modes, véritable choc culturel où rien n'est pensé pour elle, le discours n'est pas validé. Quelle place sûre pour la personne âgée ? Tout est déplacé, remplacé, placé.

Mais aussi, le lieu de vie, la rue, la chambre dans la maison de repos.

Ex cité avec les bibelots

Ex de contexte : la juive et l'allemande en maison de repos

On peut faire le parallèle avec la pyramide des besoins de Maslow

Besoin primaire

Besoin de sécurité

Besoin d'appartenance, de lien (besoin d'être aimé)

Besoin d'estime (besoin d'être écouté et se sentir respecté)

Besoin cognitifs, comprendre, explorer (donner sens à une réalité peut être insupportable)

Besoin de réalisation personnelle, de son propre potentiel (résolution des tâches non accomplies pour « mourir en paix »)

5. Accompagner la personne âgée vers une « place sûre »

Le SdG est donc la réponse de la personne âgée à un sentiment d'insécurité de base (au sens Winnicott). Certains auteurs (Cadec) n'ont pas hésité à faire le parallèle avec le syndrome d'hospitalisme décrit chez les nourrissons. La comparaison est fort intéressante dans la mesure où pour Spitz, l'hospitalisme implique trois conditions :

- une période critique // fragilité
- la perte irréversible des liens affectifs // perte de sentiment de sécurité
- trois phases : la révolte et la colère, la tentative d'adaptation et enfin la détresse et le marasme

Cette approche comparative est riche car elle permet de suivre son déroulement et d'intervenir ou tenter d'intervenir aux moments opportuns et comprendre le sens de ces comportements tantôt violents, tantôt muets.

La phase d'adaptation donne aux accompagnants l'illusion d'un mieux mais doit en fait être considéré comme un moment critique mais privilégié, très court parfois, où l'on peut intervenir.

Le SdG est donc une sorte « d'entre-deux », entre un avant sécurisé et connu et un après à construire. Traverser cet « entre-deux » implique un risque, celui de lâcher le connu pour se diriger vers l'inconnu vécu comme dangereux. Une réponse animale au danger, c'est la fuite. Dans le cas du SdG, on se laisse donc glisser.

Aider la personne âgée à traverser

Il est humain d'être effrayé par un SdG, envahi par notre sentiment d'impuissance et en miroir avec la personne âgée, glisser dans la fuite et l'évitement. Renforce l'insécurité et la mort sociale.

Notre rôle en tant qu'intervenant est très simplement et très humainement d'être là pour inviter la personne à s'impliquer à nouveau dans une dynamique intersubjective. **Etre là** au sens de Winnicott mais aussi au sens lacanien. Reconnaître l'existence de l'autre, sa place (et non comme un objet de soins). Ainsi on dit à la personne âgée qu'une traversée de l'entre-deux est pensée par l'autre comme possible.

RESPECT du rythme, des émotions et de l'intimité.

C'est donc mettre tout en œuvre pour faire **alliance** avec la personne âgée. Créer du lien.

De quoi la personne âgée a-t-elle besoin, dans l'ici et le maintenant, pour se sentir à nouveau en sécurité. Et non pas de quoi, moi j'ai besoin pour me rassurer.

→ **VALIDER** ce que la personne dit ou exprime. Comment encourager quelqu'un à continuer à vivre dans un monde qui ne reconnaît pas son discours ?

- Pas d'infantilisation, de menace, pas de langage autoritaire (vous devez ou devriez...)
- Alliance = expérience d'une relation sécurisée (comment vous allez faire pour me faire confiance pour vous aider, introduit déjà la notion de mission). Les personnes âgées ne font pas confiance aux personnes qui simulent.

Il est sans doute important de rappeler que les objectifs de vie des personnes très âgées ne sont pas les mêmes que ceux des personnes qui prennent soin d'eux.

Les jeunes : penser, être productif, utiliser sa tête et comprendre les choses, communiquer clairement, respecter des horaires, se conformer aux règles de la société, devenir « quelqu'un », réussir.

Les personnes âgées : éviter les sentiments douloureux d'inutilité du temps présent, raviver les souvenirs des plaisirs du passé, lutter contre l'ennui (mémoire sensorielle), résoudre des conflits non résolus en exprimant des émotions.

Trois étapes dans le travail du lien :

- accommodation,
- le soin,
- le temps de séparation

Par la validation et l'alliance, on travaille la « protection » et donc l'autonomie du sujet. **Inviter la famille dans ce travail.**

Etre, inviter à faire et faire avec la personne âgée

- Travailler « l'ici et le maintenant » : De quoi vous avez besoin maintenant pour ? qui ?
- Réinjecter de l'action : mission, bougie à allumer ex : enquête de fin de vie

- Activer les ressources et les compétences, tenter de les ancrer dans le lien.
- Complimenter sur les ressources et les actes.
- Corps et douleurs, objet de soins → dans et du contact (traitement psychique primaire) permettre la position régressive mais pas d'un corps médicalisé mais dans un rapport interpersonnel où l'on va élaborer ce qui est éprouvé afin de prévenir le risque que la personne s'abandonne ou continuer à s'abandonner à la pure douleur éprouvée. Transformer la douleur en souffrance. Permettre de d'exprimer ce qui serait urgent de dire mais impossible de penser.
- Utiliser l'analogique le dessin, le modelage, les métaphores.
- Externaliser la plainte
- Inviter la personne âgée à prendre position : est-ce que cela vous convient (même si on ne peut rien y faire). Position d'acteur. Qu'est-ce que vous pourriez faire...
- Recherche d'exception : moment où la plainte n'est pas présente (ou une version préférée, la page blanche, qu'est-ce que vous écrivez) et faire des liens (qui serait le plus surpris ou content si...) Epaissir.
- Inviter au déplacement, au mouvement pour trouver sa place.
- VISER LE PLUS PETIT CHANGEMENT POSSIBLE

6. Prévention

Le plus grand danger serait de croire que l'on n'est pas compétent.

- Valider, faire alliance, toucher, exprimer à la personne âgée qu'elle est aimable et aimée, qu'elle fait partie d'un groupe social relève de ce qu'il y a d'humain en nous. Se faire confiance.
- Qui est la personne âgée que j'accompagne, qu'est-ce qui la sécurise ? Coordination des équipes, alerte **dès qu'un seul membre de l'équipe** pense que la personne est insécurisée.
- Dépister tout signe de dépression et la traiter
- Vieillesse, lieu de toutes les pertes (deuils réels et deuils existentiels)

- D'un point de vue médical, être attentif à la fragilité somatique
- Etre attentifs aux plaintes somatiques et exigences de la personne âgée qui cherche à rétablir un lien de sécurité. (le corps nous parle à travers les symptômes permettant d'exprimer un mal être)
- Etre très vigilants à tout signe de colère, d'agressivité et de révolte, non associé à une pathologie démentielle ou mentale (psychose par exemple). Référence à l'hospitalisme
- Aide moi à t'aider à vieillir (raconte moi) → mission de fait.
- Comment pourrait-elle agir, de qui a-t-elle besoin pour ressentir un sentiment de sécurité ?
- Prendre soins des soignants. On ne peut être sécurisant que si on est confortable et sécurisé. Les soignants sont maltraités. On ne parle pas que de la formation, il s'agit aussi de la santé mentale des soignants.
- Prendre soins des aidants proches = séparer la violence de l'amour. « Un temps pour moi »
- Rituel pour synchroniser le temps de la famille ou de l'institution. Sceller un sentiment d'appartenance au groupe. Activités de groupes (mais pas infantilisantes)

Et enfin :

- **PRENDRE PLAISIR A ACCOMPAGNER LES PERSONNES AGEES**

L'organisation de cette conférence, ainsi que le projet de prévention du suicide auprès des personnes âgées dans lequel elle s'intègre, ont été rendus possible grâce au soutien des Œuvres du Soir.

