¿ Interrogations ?
revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales

Campéon Arnaud

Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieillesse déchue ?

Pour citer l'article

Campéon Arnaud, « Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieillesse déchue ? », dans *revue ¿ Interrogations ?*, N°14. Le suicide, juin 2012 [en ligne], https://www.revue-interrogations.org/Se-suicider-au-grand-age-l-ultime,194 (Consulté le 8 septembre 2026).

ISSN 1778-3747

Tous les textes et documents disponibles sur ce site sont, sauf mention contraire, protégés par la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 3.0 France.

Résumé

L'espérance de vie a fortement augmenté au cours des dernières décennies et il est probable, qu'à l'avenir, elle continuera de croître. Cette évolution n'est pas sans poser de nouvelles interrogations quant à la qualité des années de vie gagnées, en particulier aux âges les plus avancés. C'est, entre autre, ce que nous rappellent les nombreux suicides au grand âge qui révèlent la vulnérabilité de nombreuses personnes âgées et qui interrogent également notre capacité collective à fournir les conditions matérielles et sociales propices à un vieillissement intégré et porteur de sens pour ceux qui le vivent.

Mots-clés : vieillissement, suicide, identité, vulnérabilité, mort

Summary

Life expectancy has increased sharply since the last decades and it should follow this trend in the coming years. This evolution raises new issues such as that of the quality of life during these additional years, particularly for the older old. It is what remind us the many suicides which arise at this age of life, revealing the vulnerability of many old people. These difficulties question our collective ability to provide the social and concrete conditions which can facilitate an integrated aging, meaningful to those who experience it.

Keywords : aging, suicide, identity, vulnerability, death

Introduction

« *Plus d'une fois, dans sa petite chambre de la maison de retraite, elle y a pensé. Cacher ses somnifères, dans la boîte à pilules, pour les avaler tous d'un coup, et tout oublier. Institutrice à la retraite, très active toute sa vie, Marie, à 70 ans, ne supportait plus de traîner sa vieillesse comme une maladie 'honteuse'* » [1] Ces propos illustrent la détresse et la souffrance vécue par un nombre croissant de personnes âgées dans notre société. La plupart du temps, la description de ces situations s'accompagne d'un bref commentaire selon lequel ces personnes ont librement choisi de mourir. Rangées dans la rubrique fait divers, elles émeuvent d'ailleurs plus qu'elles ne questionnent vraiment. L'absence de travaux de recherche d'envergure sur cette question est là pour le rappeler. Pourtant, les personnes âgées, et plus particulièrement les plus âgées d'entre-elles, sont, en proportion, la frange de la population la plus concernée par ce phénomène.

Dans cet article, notre regard se portera sur le versant social du suicide, en cherchant à montrer en quoi cet acte, aussi individuel qu'il soit, répond aussi à certaines régularités et à certaines conditions d'existences socialement partagées. Pour en rendre compte nous nous appuierons notamment sur le récit de personnes majoritairement âgées de plus de 75 ans interrogées dans le cadre de notre thèse de doctorat portant sur la solitude au grand âge [2]. Pour la plupart, il s'agissait de femmes (53 femmes et 6 hommes) issues de milieux populaires et habitant en zone urbaine. Les hypothèses formulées dans la suite de cette contribution reposent donc sur l'examen réflexif de ce principal matériau d'enquête. Nous reviendrons tout d'abord sur la réalité épidémiologique du phénomène suicidaire à ces âges de la vie avant d'explorer plus en détail les différentes figures du suicide au grand âge et les raisons invoquées par les personnes âgées elles-mêmes pour justifier, sinon comprendre, en quoi le meurtre de soi-même peut parfois apparaître comme une solution pour abréger les maux de son existence.

De l'invisibilité du suicide aux âges avancés

Le suicide comme réalité épidémiologique

Lorsqu'il est question de suicide, une première nécessité s'impose : celle de dénombrer le phénomène qui est, de par sa nature éminemment complexe, la «   ;*seule prise offerte par un objet qui voue à l'échec presque toutes les autres tentatives d'observations.* » [3] Que nous apprend l'épidémiologie du suicide aux âges avancés ?

Tout d'abord, elle nous renseigne sur le fait que la relation entre l'âge et le taux de suicide s'est modifiée de façon spectaculaire dans le dernier quart du XXe siècle, avec une élévation du taux de suicide des jeunes (les

moins de 40 ans) et une diminution du taux des 50-70 ans [4]. Ensuite, l'étude attentive des chiffres nous informe qu'en 2009, environ 2920 personnes âgées de plus de 65 ans (soit 28,3 % du total des décès par suicide déclaré) [5] se sont de la sorte données la mort. Toutes les classes d'âge ne sont cependant pas touchées de la même manière. Ainsi, la mortalité par suicide progresse de manière spectaculaire chez les hommes de plus de 75 ans, alors qu'on observe une hausse plus légère chez les femmes. L'âge le plus critique se situe entre 85 et 89 ans, où les taux sont environ deux fois supérieurs à ceux des jeunes de 25-44 ans et 1,5 fois plus élevés qu'entre 45 et 74 ;ans [6]. Plusieurs éléments de compréhension sont susceptibles d'être avancés pour expliquer la surmortalité suicidaire à ces âges de la vie : la fermeté des intentions suicidaires, la radicalité des moyens utilisés (la pendaison notamment) ou encore la plus grande fragilité des corps moins à même de résister aux agressions dirigées contre soi-même. Rappelons à ce sujet que le geste suicidaire aboutit plus souvent à la mort chez la personne âgée (1 suicide pour 2 à 4 tentatives de suicide) que chez la personne jeune (1 suicide pour 10 à 20 tentatives de suicide) [7].

Cette surreprésentation du suicide au grand âge n'est pas un hasard : au-delà de raisons psycho-médicales [8] voire générationnelles [9], elle s'explique aussi par les profonds remaniements identitaires qu'impose le processus de vieillissement, notamment aux âges les plus avancés. Jusqu'à 75-80 ans environ, les personnes vivent majoritairement en couple et disposent d'un revenu par unité de consommation relativement élevé [10]. Au-delà de ces âges leur situation peut se dégrader sous l'effet d'une part croissante de personnes âgées vivant seules, de l'augmentation de la prévalence d'incapacités et d'une certaine paupérisation, multipliant en conséquence les risques de vulnérabilité. C'est également durant cet intervalle d'âge – soit la tranche des 80-85 ans - qu'on observe le plus d'entrées en institution [11], lieu particulièrement « suicidogène » d'après certaines enquêtes [12]. Ce rappel épidémiologique permet de constater que le suicide du sujet âgé représente non seulement un important problème de santé publique mais également, compte-tenu du vieillissement inexorable de la population, un véritable enjeu de société pour les décennies à venir [13].

L'illégitimité d'une cause

En dépit de ces données et des mises en garde portées par différents professionnels et acteurs locaux engagés dans la prévention du suicide, le suicide du sujet âgé intéresse pourtant peu. D'abord parce que l'acte de se donner volontairement la mort demeure une cause de décès marginale par rapport aux autres causes de mortalité à ces âges de la vie (ce qui n'a rien d'étonnant puisque plus on avance en âge, plus l'exposition au risque de maladie est grande). Alors qu'il constitue en France la première cause de décès chez les 25-34 ans et la deuxième cause chez les 15-24 ans [14], il ne représente que 2 % des décès au-delà de 65 ans. Ce faible pourcentage participe à l'invisibilité du phénomène et au peu d'intérêt qu'il suscite au regard d'autres problèmes médicaux quantitativement plus meurtriers, et économiquement plus coûteux, comme les tumeurs (30 % des décès) ou encore les maladies de l'appareil circulatoire (28 % des décès), respectivement première et deuxième causes de mortalité chez les plus de 65 ans.

La seconde raison trouve son origine dans la conception occidentale des différentes phases de l'existence. Alors que l'adolescence est considérée comme une période d'avenir et d'épanouissement, un âge où tous les espoirs sont encore possibles, la vieillesse, par effet miroir, renverrait au contraire à l'ultime étape de la vie, celle où la projection de soi devient difficile et où le sacrifice à faire serait plus léger. C'est du moins l'hypothèse formulée car certains chercheurs, à l'instar de J.-C ;Chesnais ou encore C. Baudelot et R. Establet, que résume L. Chauvel : « *le lien entre âge et suicide viendrait de ce que l'âge (ou plus exactement la jeunesse) est un capital de temps, une ressource de potentialités, donc d'espoir, qui s'érode peu à peu au cours du vieillissement ; de ce fait, à mesure qu'approche la mort naturelle, le risque de suicide croît aussi.* » [15] De sorte que le suicide d'un octogénaire ou d'un nonagénaire s'expliquerait de manière rationnelle : n'ayant plus rien à attendre de la vie, son suicide ne ferait qu'anticiper un événement inéluctable [16]. Dans ces conditions, à quoi bon tâcher de prévenir ce « petit reste à vivre », ce « *quantum* de vie résiduel » ? C'est là, bien sûr, une question de jugement moral par rapport auquel il ne nous appartient pas de trancher. Néanmoins, les implications de ce genre d'argument sont concrètes. Elles reviennent à banaliser l'acte suicidaire, à le rendre acceptable dans certaines conditions, dont le grand âge ferait partie. La grande vieillesse apparaitrait alors comme « *un âge de raison pour une mort raisonnable* ; » [17], justifiant ainsi le meurtre de soi-même comme une manière de sortir de sa vie de façon plus ou moins honorable mais rarement dramatique [18].

Après avoir saisi les contours et les enjeux du phénomène suicidaire au grand âge, nous allons à présent nous intéresser à ces formes expérientielles, c'est-à-dire aux formes contrastées et plurielles qu'il représente à ces âges de la vie.

Appréhender le suicide au grand âge

Un discours sensible à la mort volontaire

Aborder la question de la qualité de vie au grand âge, de ces espoirs mais surtout de ces désespoirs, a constitué l'un des objectifs de notre travail empirique. Au cours d'entretiens qualitatifs d'une durée moyenne de 2h-2h30, une multitude de thèmes a ainsi pu être abordée, parmi lesquels la survenue d'un handicap ou d'une maladie dégénérative, le décès d'un proche, l'entrée en institution, la solitude de l'âge, la proximité de la mort, etc. Nous avons toujours pris le temps nécessaire pour approfondir ces sujets, pour la plupart douloureux, et recueillir, avec précaution, le point de vue personnel, sinon intime, des personnes interrogées. À la lumière de ces discours, nous nous sommes aperçus qu'au regard de certaines épreuves qui jalonnent le processus de vieillissement [19], les tentatives de reconstruction sont parfois rendues délicates et que si certains, qui disposent de ressources relationnelles ou symboliques (comme la croyance dans une religion) plus importantes, réussissent à s'adapter à leurs nouvelles conditions, d'autres au contraire se laissent glisser vers une situation d'isolement génératrice d'une profonde mélancolie susceptible de conduire à des idées suicidaires, voire au suicide. Nos entretiens en témoignent en montrant à quel point certaines personnes âgées, les plus isolées et les plus vulnérables bien sûr mais pas seulement, sont particulièrement prolixes et sensibles à la question.

Au grand âge en effet, l'impression d'une fragilité accrue n'est pas rare et est d'autant plus fortement ressentie lorsqu'à la fatigue de l'âge, se greffent des ennuis de santé, la disparition d'un être cher ou encore le sentiment d'abandon [20]. C'est le syndrome de « *la précarité de la vie de vieillesse* » [21] qui peut faire douter de l'utilité de son existence, comme le racontent ces deux enquêté(e)s : « *Il arrive un moment où la qualité de la vie n'est plus très bonne, on n'a plus de motivation (...) On n'a plus rien à construire... alors si vous êtes tout seul en plus, vous n'avez vraiment plus rien à espérer si ce n'est que tout ça se termine, avant que ça se gâte de trop ; !* ; », Martin (87 ans, commerçant) ; « *J'espère, que ça ne durera pas trop longtemps... j'estime avoir fait mon temps maintenant. Ce n'est pas une vie de vivre comme ça, je veux partir vite et sans souffrir.* » (Jeanne, 86 ans, secrétaire). Ce type de ressentiment peut se traduire dans les opinions, et plus encore dans les engagements pris auprès de dispositifs associatifs qui revendiquent l'assistance à une mort consentie, à l'instar de l'Association du Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) [22]. Au sein de notre échantillon, nous avons rencontré une dizaine de sympathisants de ce mouvement et quatre membres actifs. Pour expliquer leur tolérance ou leur implication à l'égard de cette mouvance, tous, quel que soit leur état de santé respectif, ont développé le même argumentaire, à savoir leur peur de « * ;mourir vivant* ».

Mourir vivant, c'est « *mourir par morceaux* », avec une lente dégradation de son état physique et/ou psychique mais c'est aussi « *mourir attaché* », c'est-à-dire subir les conséquences d'une médicalisation acharnée. C'est, par exemple, ce que nous dit Madeleine (74 ans, femme de commerçant) : « *Quand je vois toutes ces personnes âgées qu'on maintient en vie... c'est triste. On soutient des gens en vie avec des tubes, des piqûres... c'est horrible. C'est pour ça que je suis pour l'ADMD* ; ». Le fait d'avoir fréquenté de près une personne en extrême souffrance (un parent, un conjoint, un proche), ou d'être soi-même en phase de perte d'autonomie a généralement pour effet de sensibiliser ces personnes, comme l'illustre le discours de Clara (75 ans, institutrice) qui milite activement dans cette association : « *Quand vous avez 80 ans, pourquoi on ne vous laisse pas mourir tranquille ? Quand vous êtes malades... quand vous êtes seul depuis tant d'années, qu'est-ce que ça peut leur faire ? Moi je me suis battue là-dessus... je vais peut-être vous dire une chose qui va vous choquer mais je considère que maintenant, on a le droit d'avoir des enfants quand on veut, pourquoi on n'aurait pas le droit de se donner la mort quand on veut ?* ».

Partisan(e)s d'une mort douce et volontaire, ces «   ;sympathisants » ne sont cependant pas tous prêts à se donner eux-mêmes la mort, même s'ils revendiquent le choix d'en choisir les moyens et le moment. D'autres, en revanche, ont spontanément et explicitement évoqué le suicide comme un moyen de faire face à leur vieillissement. Au sein de notre corpus, cela concerne six individus [23]. Sur une soixantaine de personnes interrogées, ce nombre est loin d'être insignifiant. Au contraire, il témoigne avec force du mal-être ressenti au sein de la population âgée. Nous ne pouvons pas pour autant faire de ces six cas une unité sociologique à part. C'est pourquoi nous nous inspirerons de la typologie élaborée par Y. Pélicier [24] en regroupant ces discours autour de trois grandes catégories signifiantes de suicide : la tentation du suicide par « *anticipation* », par « *sentiment d'étrangeté* » et par «   ;*deuil* ».

L'idéation suicidaire par anticipation

L'idéation suicidaire par anticipation regroupe deux types d'expériences distinctes. La première est proche du

militantisme observée à l'égard d'associations comme l'ADMD. Elle est le fait d'individus qui, de par leur trajectoire de vie ou leur connaissance, ne parviennent pas à dépasser l'image de la grande vieillesse comme celle d'un « naufrage sénile ». Il s'agit généralement d'individus qui ne présentent pas encore d'incapacités sévères mais qui ont la conviction qu'à partir d'un certain âge (variable selon les personnes) ou d'un degré de handicap, le risque de mal vieillir est trop important. C'est le cas de Rose (79 ans, principale adjointe de collège) qui, tout en étant actuellement en excellente santé, reconnaît cependant qu'à la moindre alerte, elle n'hésitera pas à mettre fin à ses jours : « *Ma vieillesse, pour l'instant, je la vis comme je l'avais espérée. Je suis bien et c'est parfait comme ça. Par contre, si je dois devenir impotente, je vous prie de croire que je n'hésiterai pas !* [Á vouloir mourir ?] *Oui, je me fouterai en l'air, j'ai déjà tout prévu* ». Lorsque nous la questionnons pour savoir ce qu'elle a prévu exactement, elle détaille : « *J'ai les médicaments qu'il faut. Ma mère est partie comme ça à 73 ans et je peux vous assurer que je n'hésiterai pas. La vie n'est pas faite pour être vécue à moitié* ». Le discours de Rose tranche avec son optimisme et sa bonne humeur et pourtant, le jour de notre rencontre, elle ne semblait absolument pas effrayée par cette perspective. C'est aussi le discours tenu par François (73 ans, médecin généraliste), qui venait de recevoir le diagnostic d'un début de maladie d'Alzheimer. Pour lui, la question se résumait surtout à savoir à partir de quand il lui faudrait passer à l'acte, avant que sa maladie ne ronge ses facultés de discernement : « *J'ai peut-être une chance de mourir avant, d'autre chose. (...) Si l'évolution est assez lente, je vais attendre, si elle est plus rapide (...) ou j'aurai la chance de passer sous une roue de camion ou bien, peut-être, je me suiciderai. Mais je ne sais pas si je pourrai. Pas matériellement, je sais comment mais il suffit de savoir quel est le moment. (...) J'espère, si je suis encore en bonne santé physique, avoir la possibilité de me faire passer de l'autre côté.* » [25] On comprend à travers ces deux exemples que la simple appréhension de devenir un jour «   ;dépendant » et « à la charge de » peut suffire à provoquer l'envie de se donner soi-même la mort.

L'appréhension du mal-vieillir, c'est aussi l'appréhension de vieillir seul et d'être ainsi privé, par les circonstances de la vie, d'autrui significatifs qui peuplent leur univers personnel, le colorent et le réchauffent. Autrement dit, d'être privés de ceux et celles qui confirment leur existence et les rassurent sur leur utilité, leur valeur. C'est la seconde forme d'idéation suicidaire par anticipation observée dans nos entretiens. Avec l'âge en effet, les sollicitations extérieures peuvent devenir rares et les occasions de s'exprimer finir par manquer. L'ennui et la solitude sont alors inscrits avec fatalisme dans l'ordre des choses, comme des compagnons inattendus de la vieillesse. Le temps vide des après-midi monotones, l'appréhension des nuits sans réconfort, l'heure des repas, seul devant son assiette, ou encore les jours de fêtes que l'on passe sans compagnie, etc. ne font que renforcer cette langueur quotidienne qui ravive les misères intérieures. En creux de ces préoccupations lancinantes, parfois obsédantes, se lit aussi une autre angoisse plus existentielle encore, celle de sa propre fin de vie qui risque de se dérouler sans être sécurisée par la qualité d'une relation affective. C'est l'image de la mal-mort solitaire, celle de l'individu diminué et hagard dans un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et qui fait écho à la figure idéalisée de la « bonne mort », cette mort idéale « *qu'on n'a pas vu venir, (...) qui vient vite et 'à son heure'* ; » [26], dans son sommeil, chez soi et soutenue par les mots doux et les gestes réconfortants de ses proches. Pour éviter ce terrible cheminement, l'envie d'en finir par soi-même précède ainsi parfois le cours naturel de la vie : « *Je ne veux pas finir dans un hospice de vieilles, où personne ne viendra me rendre visite. Ce serait trop triste... je préfère partir vite, au milieu de mes souvenirs* [à son domicile] *plutôt que dans ces maisons de vieux gâteux. Oui, c'est sûr... je crois que je serais prête à tout si je voyais cette fin de vie là arriver* » (Agathe, 86 ans, employée de bureau). Aussi certaines personnes âgées préfèrent-elles précipiter leur mort pour éviter de devenir l'objet de soins palliatifs vains ou, pire encore, d'un acharnement thérapeutique qui ne ferait que prolonger une lente et irréversible agonie dans l'anonymat d'une institution médicalisée.

L'idéation suicidaire par étrangeté au monde et à soi

Une autre caractéristique de la vieillesse, bien mise en évidence par les sociologues du vieillissement, est le développement d'une forme d'étrangeté au monde au fil de l'avancée en âge [27] et qui peut rendre compte d'une certaine fragilisation existentielle à ces âges de la vie. L'étrangeté, c'est le sentiment que beaucoup de personnes très âgées ont de ne plus reconnaître le monde dans lequel elles vivent, parce que celui-ci a trop rapidement changé, parce que l'ordre des relations n'y est plus le même ou tout simplement parce qu'elles n'ont plus l'envie de s'y adapter. Ici, la volonté suicidaire paraît donc s'imposer en fonction de l'évaluation que fait le sujet de sa situation au sein de son environnement et des attitudes de cet environnement à son égard. L'expérience vécue n'est pas rattachée à une maladie ou un handicap particulier mais bien plus à une remise en cause, plus ou moins brutale, de son identité sociale et/ou personnelle qui vient jusqu'à perturber la familiarité que l'on développe avec soi-même. C'est le cas de certaines femmes par exemple qui, tout au long de leurs vies, se sont exclusivement définies par rapport à un rôle particulier ; celui d'épouse et de mère en

particulier (ce qui n'est pas rare pour la génération de femme interrogée). Lorsque leurs conjoints sont décédés, que les enfants sont partis, que les petits-enfants ont grandi, qu'elles n'ont plus été à même de réaliser certaines tâches (la cuisine, l'entretien ménager, etc.) ou de se rendre dans certains endroits, elles se sont retrouvées dans l'impossibilité d'investir de nouveaux rôles. Leur savoir-faire, nourri du sentiment d'utilité et de satisfaction des besoins d'autrui, s'est trouvé contrarié et a figé leur identité. Pour ces femmes, qui ont bien souvent acquis le sens du sacrifice dès leur plus jeune âge, le repli sur la sphère privée est alors fréquent et la tendance aux ruminations négatives particulièrement marquée. « *Je ne fais plus rien* », « *je n'ai envie de ne rien faire* », «   ;*je ne peux plus rien faire* », etc., sont des expressions fréquemment entendues au cours de nos conversations, pour illustrer l'ennui et l'amer représentation que ces femmes avaient d'elles-mêmes.

Nous pourrions également prendre l'exemple de ceux et celles qui ont très largement investi dans leurs carrières professionnelles, au détriment de leur vie privée et qui, plusieurs années après l'arrivée en retraite, ne parviennent pas à retrouver un équilibre. Comme Adèle (67 ans), pourtant jeune retraitée mais qui, depuis l'arrêt de son activité professionnelle, peine à surmonter ses états d'âmes : «   ;*Je n'ai jamais eu de dépression, je n'ai jamais voulu me suicider et là… oui ça m'arrive. Quand mon mari est mort, j'ai eu beaucoup de mal mais j'étais tenu par mon travail, parce que j'enseignais aux gamins, depuis que je suis en retraite, je n'ai plus cette transmission possible, je n'ai plus ce rôle* ». Adèle a le sentiment d'avoir perdu ce qui faisait le sens de sa vie : transmettre. C'est la déchirure de l'idéal pour lequel elle vivait. Son désir de mort est parfois plus fort que le reste, d'où une profonde mélancolie qui l'étreint de toute part : « *J'y ai déjà pensé oui* [au suicide]*… c'est difficile à vivre (…). Je me dis que la vie serait plus simple si je n'étais plus là ;* ». Bien qu'en parfait état de santé, Adèle se sent insuffisamment sollicitée et déplore le manque de reconnaissance dont elle est l'objet. Sa vie est devenue «   ;impasse » et se lit en termes de vide : manque d'appui, sentiment d'abandon, absence de repères, etc., soit autant de signes qui dressent l'image d'une puissante atteinte à l'architecture de son mode de vie et à sa propre construction identitaire.

L'idéation suicidaire de deuil

L'idéation suicidaire de deuil est l'incapacité à faire face à une perte, quelle que soit sa nature (problème de santé, disparition proche, déménagement en institution, ;etc.). En perte d'espoir, ces individus se retrouvent dans l'incapacité de trouver une réponse adaptative aux traumatismes engendrés. Dans ce cas de figure, l'individu n'a plus aucune emprise sur soi, encore moins sur son environnement. Pierre (84 ;ans, ingénieur), par exemple, a déjà réalisé une tentative après le décès de son épouse, il y a deux ans. Á l'époque, il ne s'imaginait pas pouvoir vivre sans elle. La douleur, nous dit-il, était trop grande : «   ;*Ça me rongeait de l'intérieur* ». Sans honte ni fausse pudeur il nous a confié : «   ;*J'étais très déprimé et j'ai fait une tentative de suicide dont je ne me suis pas vraiment remis. Ça ne s'explique pas toujours ces choses-là… (…) un jour je me suis dit 'à quoi bon vivre ?'… alors j'ai mangé des médicaments, tout ce qui traînait par-là, j'ai pris ça. Je ne voulais plus de cette vie-là* ; ». Pierre ne s'est d'ailleurs toujours pas remis de cette dépression. Aujourd'hui encore, il pense régulièrement à l'idée de mourir : « *Ma fille est là oui… mais je n'y arrive pas, c'est toujours aussi dur pour moi. Je ne pense qu'à une chose, la rejoindre* [son épouse] ; ». La disparition du conjoint est à ce niveau particulièrement significative en ce qu'elle marque l'une des plus importantes transitions du vieillissement : « *le décès du partenaire conjugal entraîne l'effondrement des « allant de soi » de la vie quotidienne, (qu') il fait vaciller le sentiment de « sécurité ontologique » et conduit à une perte de signification de l'existence* » [28]. De nombreuses études ont ainsi démontré la forte surmortalité associée au choc du veuvage, notamment chez les veufs [29].

La disparition des proches du même âge que soi déstabilise aussi en modifiant profondément le rapport de l'individu au monde qui l'entoure. « *La perte de ceux qui vous comprenaient à demi-mot* » [30] est vécue comme une injustice, sinon comme un abandon. Avec leur disparition, note Serge Clément, c'est tout un pan de son histoire qui disparaît, des souvenirs en commun qui ne pourront plus être collectivement évoqués, une solidarité « instinctive » qui prend fin, un rapport au monde qui se perd [i]. Aux âges avancés, le fait de vieillir se nourrit de toutes ces disparitions successives qui peuvent contribuer, à terme, à bloquer le travail de vieillissement, ce « *réajustement de soi-même au monde et de soi à soi-même ;* » [31]. C'est ce qu'on peut lire en creux dans le discours de Ingrid (83 ans, aide-soignante), atteinte de la maladie de Mesnières : « *J'ai vu tout le monde s'en aller ! La famille, les amis, tous ont foutu le camp maintenant. La mort (…) elle a pris tous ceux que j'aimais. Vous croyez que c'est drôle, vous, d'errer comme ça ? J'ai perdu tout ce qui me donnait envie de vivre Monsieur. (…) Combien de temps ça va durer tout ça ? Vous savez, j'ai bon espoir que cette saleté de maladie va me rendre service après tout ce qu'elle m'a causé, le seigneur me le doit bien !* [que voulez-vous dire ?] *Je perds l'équilibre Monsieur et un jour, ça m'arrivera au mauvais endroit, c'est tout ce que j'ai à dire !* ». Ingrid ne parle pas explicitement de suicide et pourtant, la relecture de cet extrait ne laisse

planer aucun doute sur ce qu'elle souhaite voir se produire, quitte à en créer l'opportunité.

Comme nous pouvons le constater, les raisons évoquées pour parler du suicide sont souvent les mêmes : il y a celles et ceux qui y pensent pour faire face à la souffrance suscitée par la disparition d'un proche, d'autres pour faire face à la maladie et aux incapacités, d'autres encore l'évoquent en vue d'anticiper ce qu'ils considèrent être comme une fin de vie indigne, etc. Dans tous les cas, le suicide apparaît comme une solution préférable aux douleurs de la vieillesse, à ses pertes, à la perception de la déchéance qui peut l'accompagner. C'est comme si la possibilité du suicide leur donnait un dernier espoir, celui de « partir » quand bon leur semble. Ces idéations suicidaires, et plus encore le fait de passer à l'acte, apparaissent à la fois comme une protestation contre « le mourir » mais également comme une tentative de maîtriser la mort et sa propre vieillesse : « *On choisit le lieu, le moment, la forme. (...) On échappe à la dépendance à l'égard des autres et aussi on soulage les autres du point de vue de son propre mourir* » [32]. En d'autres termes, la pensée de la mort que l'on se donne rassure quant à sa capacité à exercer un pouvoir sur sa vie et donc un pouvoir sur soi, jusqu'au bout [33].

Se laisser mourir : la fin des derniers attachements

Inutile cependant de se suicider « pour partir ». Vouloir mourir peut se réaliser d'une manière plus insidieuse encore. Pour cela, il suffit de « se laisser aller » (à la mort), de se déprendre totalement de son environnement, matériel, relationnel, symbolique. Et pour cause, entrer dans une « trajectoire de trépas » [34] implique nécessairement la rupture avec toutes ses attaches. Marie-Jo (77 ans) en détaille le déroulement : « *Je comprends pourquoi il y a des vieux qui se suicident ! (...) Rien n'est fait pour leur donner envie de vivre leur vieillesse. Vous savez, ils n'ont pas besoin de se tirer une balle dans la tête, de se noyer ou que sais-je encore ? Il suffit de ne plus manger, de ne plus faire attention à soi, de se laisser aller... et la mort viendra les cueillir rapidement* ». Marie-Jo décrit là un processus très bien identifié par les professionnels du soin. Ce comportement neurasthénique porte un nom, celui du syndrome de glissement. En sociologie, on parlerait de « *déprise ultime* » [35] ; processus qui n'est autre qu'un lâcher-prise général de l'individu âgé qui, à défaut de ne plus savoir vivre, préfère mourir pour ne plus souffrir d'une vie dont le sens a été perdu. Il s'agit donc d'une forme de suicide « passif » ou «   ;inconscient » en ce sens que l'aspect suicidaire de la conduite n'est pas manifeste, quand bien même la personne refuse consciemment de continuer à vivre. Le témoignage de Roger (76 ;ans, manutentionnaire) est cet égard significatif. Roger est seul. Il a perdu sa femme et ses enfants et souffre de nombreux problèmes de santé, dont un problème d'incontinence qui le stigmatise terriblement. Las d'une vie qui ne correspond plus en rien à ce qu'il espérait, Roger dit clairement s'abandonner en attendant la mort : « *Il y a un moment où tout s'écroule. (...) au bout d'un temps, vos forces elles s'en vont. Moi, je me sens partir. Je veux mourir de toute façon* (se met à pleurer). [Vous souhaitez mourir ?] *Oui, c'est tellement dur que je voudrai mourir. (...) C'est terminé pour moi, je n'en veux plus.* [Vous avez une baisse de moral ces derniers mois ?] *Oui très fort. Je ne devrais pas vous dire ça mais je pleure souvent.* [Et vous pleurez pour quoi ?] *Parce que je suis seul et que je n'en peux plus. Ce n'est pas merveilleux ce que je ressens* ». La situation vécue par Roger fait partie des plus difficiles que nous ayons rencontrées et dans son extrême, elle témoigne pourtant d'un ressenti dramatique répandu. Ainsi en est-il pour tous ces vieux et toutes ces vieilles qui se sentent « perdus », « ignorés », « délaissés », qui ont tendance à ne plus vouloir sortir, à ne plus prendre soin d'eux, à moins manger et qui, en définitive, se laissent mourir d'esseulement.

Conclusion

Ce que nous avons tâché de montrer dans cet article c'est que l'explication du suicide au grand âge n'est pas que de nature existentielle mais qu'elle est aussi sociale et qu'il y a matière à l'appréhender si on s'attache à la relier, d'une part, à un environnement socioculturel spécifique et, d'autre part, à certains mécanismes sociaux propres à l'avancée en âge. Plus que l'âge chronologique ou les effets de la sénescence, c'est donc sous ce double angle d'approche qu'il importe d'analyser le sens de cette conduite à ces âges de la vie. Il s'agit là d'un objectif qui est d'ailleurs affiché dans le dernier programme national d'actions contre le suicide [36] qui retient, outre quelques actions de sensibilisation à l'égard des professionnels de la santé, la lutte contre l'isolement social chez les personnes âgées [37]. Une avancée encore timide et qui ne doit surtout pas nous dispenser d'une réflexion politique de fond sur l'ossature de la société et sur les épreuves que celle-ci fait vivre aux individus, au point que certains de nos aînés continuent d'ailleurs à la quitter au nom de valeurs qui transcendent le cadre restrictif des «   ;mortalités évitables » si chère à la santé publique. Pour cela, il

faut commencer par s'interroger sur les effets induits d'une appréhension sociale centrée sur les problématiques médicales et/ou financières, qui donne trop rarement à voir des personnes âgées en situation d'intelligence et porteuses d'une expérience de vie à faire profiter aux autres générations. C'est là aussi tout l'enjeu du vieillissement démographique ; il est une occasion unique dans notre Histoire pour repenser les liens de solidarités qui nous unissent les uns aux autres, dans un sens favorable à une meilleure cohésion sociale.

Notes

[1] D. Saubaber, « France : plus de 3000 personnes âgées se suicident chaque année en silence », *Le monde, 7 février 2004.*

[2] A. Campéon, *Des vieillesses en solitude. Trajectoires et expériences de solitude après la retraite, Thèse de doctorat de sociologie, Université Lille III, 2010.*

[3] C. Baudelot et R. Establet, « Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social ». *Économie et statistique, n°168, 1984, p. 59.*

[4] C. Baudelot et R. Establet, *Suicide : l'envers de notre monde, Paris, Seuil, 2006.*

[5] Source : Inserm-CépiDC 2008. Cette donnée sur le suicide des personnes âgées de plus de 65 ans ne comprend pas ce que les chercheurs appellent les « équivalents suicidaires » comme le refus alimentaire, l'arrêt d'un traitement ou encore une chute volontaire visant à provoquer plus ou moins directement et consciemment la mort du sujet.

[6] A. Aouba et al, « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Etudes et résultats, n°702, 2009.*

[7] Source : Programme national d'actions contre le suicide, 2011-2014.

[8] La dépression, par exemple, semble être une cause majeure de passage à l'acte à ces âges de la vie, comme à d'autres. Malgré sa fréquence, ce trouble reste cependant relativement peu reconnu chez les populations âgées (et donc très largement sous-diagnostiqué) car il peut être plus facilement masqué ou compliqué par une morbidité avec des troubles anxieux ou un syndrome démentiel.

[9] L. Chauvel, « L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? », *Revue française de sociologie, 38-4, 1997, p. 681-734.*

[10] M.-G David et C. Starzec, « Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans », *INSEE-Première, n°447, 1996, p. 1-4.*

[11] En 2007, l'âge moyen d'entrée en établissement était de 83 ans et 5 mois. J. Prévot, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Études et résultats, n° 699, 2009, p. 1-8.*

[12] Une récente étude montre par exemple que le taux de suicide en établissement serait plus important que le taux relevé à domicile : 1,4 fois plus fréquent pour les hommes et 1,2 fois plus souvent chez les femmes au-delà de 75 ans. F. Casadebaig et al, « Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, vol. ;51 n°1, février 2003, p. 55-64.*

[13] Certains chercheurs, comme Pierre Surault, ont identifié dans leur modèle de projection des générations d'individus qui seraient plus sensibles au suicide, à l'instar des générations du «   ;baby-boom », laissant donc supposer une hausse potentielle des taux de suicide avec le vieillissement des générations nées après-guerre. Voir par exemple P. Surault, « Variations sur les variations des suicide en France », *Population*, 4-5, 1995, p. 983-1012.

[14] Ce positionnement du suicide à l'adolescence est également très relatif compte tenu des probabilités de décéder de maladies graves durant cette période.

[15] L. Chauvel, « L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? », *op. cit, p. 682.*

[16] R. Gonthier cité par J. Andrian, « Suicide et grand âge ». *Bulletin de la Société de Thanatologie, XXIVème Congrès "Mort et grand âge", Bruxelles, 1997, p. 95-114.*

[17] F. Douguet, « Le suicide au grand âge : l'âge de raison pour une mort raisonnable ? », in *Des vivants et des morts. Des constructions de la « bonne mort », Simone Pennec (Dir.), Brest, Centre de Recherche Bretonne et Celtique, 2004, p. 121-129.*

[18] Il arrive d'ailleurs que les journaux soient assez compréhensifs, voire saluent le suicide de personnes âgées « célèbres » (comme les époux Quillot ou Gortz) et louent leur geste comme un acte mûrement réfléchi, témoignage

d'une dignité retrouvée. Il est en revanche beaucoup plus rare que le suicide d'un(e) trentenaire, quelle qu'en soit la raison, soit ainsi valorisé comme une preuve de courage.

[19] V. Caradec, « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société, n° 52, 2007, p. 12-37.*

[20] « *Beaucoup d'hommes meurent peu à peu, ils deviennent fragiles, ils vieillissent. (...) souvent, le départ des êtres humains commence bien plus tôt. Très souvent, leurs infirmités physiques séparent déjà les êtres vieillissants des vivants. Leur déclin les isole. Leur goût des contacts humains peut diminuer, leur capacité affective décliner. Voilà bien le plus difficile- cette exclusion silencieuse des êtres vieillissants de la communauté des vivants, le refroidissement progressif de leurs relations avec des êtres à qui allait leur affection, qui représentaient pour eux un sens, une sécurité », N. Élias, La solitude des mourants, Éditions Bourgeois, Paris, 1998, p. 12.*

[21] S. Clément, « Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse », *Retraite et société, n°52, 2007.*

[22] M. Castra rappelle que ce type de mouvement est né dans le courant des années 1970-1980, avec l'apparition de nouvelles représentations de la place du malade (et donc du mourant) et de la fin de vie. L'ADMD cherche à reconnaître le « droit à mourir » comme un principe fondamental et elle milite pour obtenir le vote d'une loi légalisant l'euthanasie. Il s'agit, d'une certaine manière, d'un « suicide assisté » ou, pour le dire autrement, d'un suicide « euthanasique ». M. Castra, *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs, Paris, PUF, 2003.*

[23] En outre, dans certains entretiens le suicide n'a pas été explicitement évoqué mais on peut néanmoins en retrouver la trace dans certaines allusions qui y font référence de manière plus ou moins directe.

[24] Y. Pélicier, « Le sujet âgé et la mort », *Actualités psychiatriques, n° 3, 1986.*

[25] Entretien réalisé dans le cadre d'une autre recherche. Voir à ce sujet Campéon A, Le Bihan B, Mallon I, « Trajectoires de maladies de patients diagnostiqués Alzheimer : du diagnostic à l'identification des besoins et de leurs conséquences », rapport de recherche pour la CNSA, EHESP-Université Lyon II, février 2012.

[26] C. Lalive d'Epinay, *Vieillir ou la vie à inventer, Paris, L'Harmattan, 1991, p. 263-265.*

[27] V. Caradec, « L'épreuve du grand âge », *op.cit.*

[28] V. Caradec, *Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement, op.cit, p. 59.*

[29] La surmortalité des veufs par rapport aux veuves témoigne que ces derniers adoptent des comportements à risques prononcés, notamment durant les premières années du deuil. Les veufs sont, par exemple, beaucoup plus nombreux à se suicider que les veuves, ou que leurs homologues célibataires et mariées. Voir J. Andrian, « Le suicide des personnes âgées ». *Gérontologie et société, n°90, 1999, p. 49-68.*

[30] S. Clément, « Vieillir, puis mourir », *Prévenir, n° 38, 2000.*

[i] *Ibid*.

[31] I. Mallon, « Le travail de vieillissement en maison de retraite », *Retraite et société, n°52, 2007, p. 43.*

[32] Y. Pélicier, « Le sujet âgé et la mort », *op. cit.*, p. 15.

[33] S. Clément, « Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse », *op. cit.*

[34] M. Drulhe et S. Clément, « Le mourir et le vieillir », *Revue Internationale d'Action Communautaire, 23/63, 1990, p. 115.*

[35] S. Clément, J. Mantovani, « Les déprises en fin de parcours de vie », *Gérontologie et Société, n°90, 1999, p. 95-108.*

[36] Ministère du travail, de l'emploi, et de la santé, « Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) », septembre 2011, p. 96.

[37] Mesure 3 : « Prévenir l'isolement social et la détresse psychique », action 10 : « Favoriser l'émergence et le développement d'actions visant à prévenir l'isolement social chez les personnes âgées ». *Ibid.*