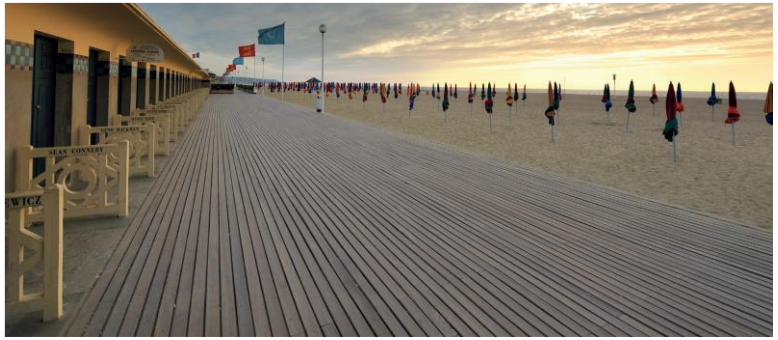
Souhait de mort chez un résident en EHPAD
Qu'en dire ? Qu'en faire ?





Journée des EHPAD de Normandie

15 juin 2026

Dr Françoise CHASTANG

CHU CAEN NORMANDIE

DE QUOI PARLE-T-ON ?

- Souhait de mort ?
- Désir de mort ?
- Demande de mort ?



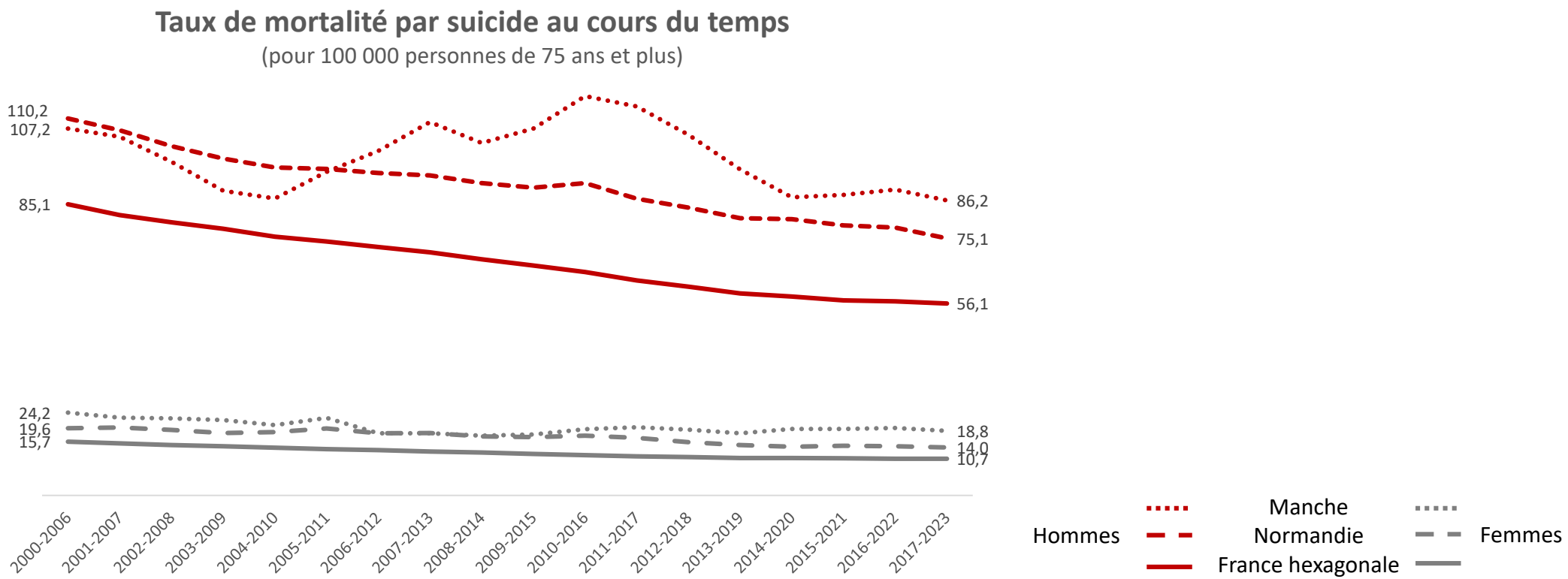
- Idées « noires » ?
- Idées de mort ?
- Idées de suicide ?
- Dépression ?
- Euthanasie ?
- Suicide assisté ?



PERSPECTIVES EPIDEMIOLOGIQUES

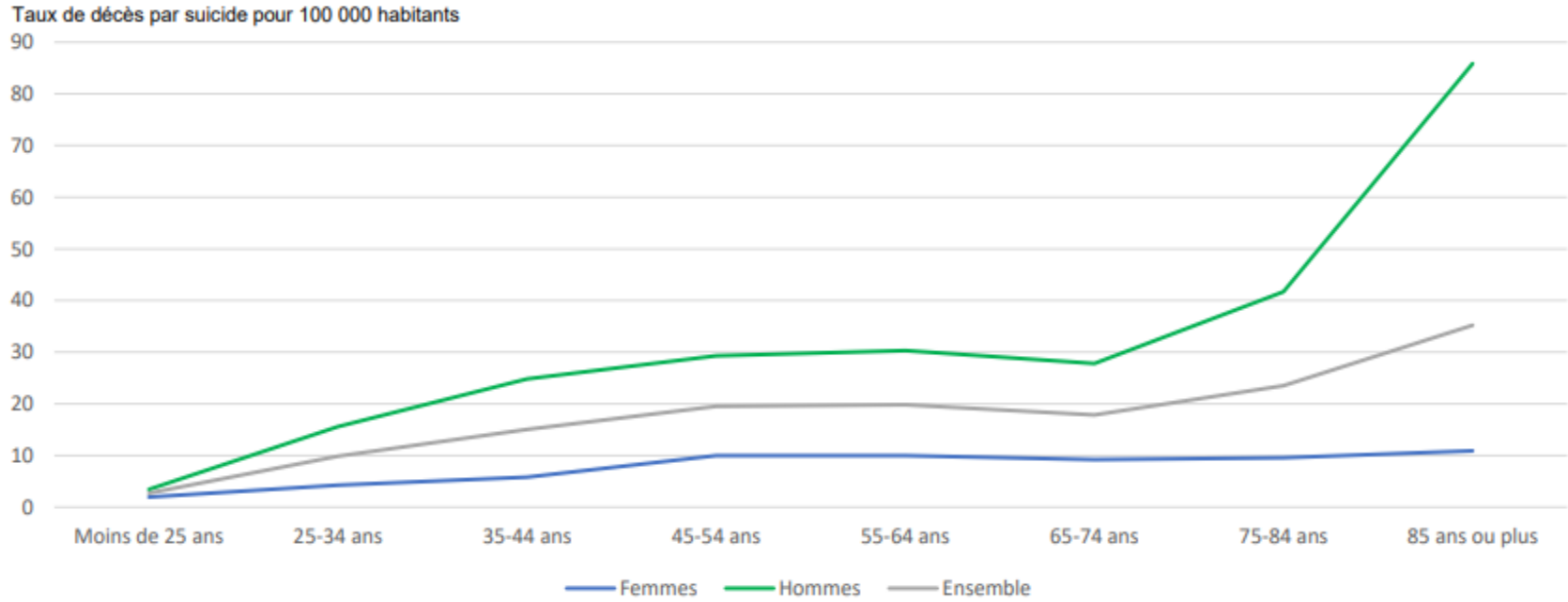
Suicide chez les seniors
Évolution au cours du temps

Au cours des 20 dernières années, le taux de suicide des personnes de 75 ans et plus a diminué de l'ordre de 30 % en Normandie et en France hexagonale



Au niveau national

Un taux de suicide qui augmente avec l'âge, en particulier chez les hommes



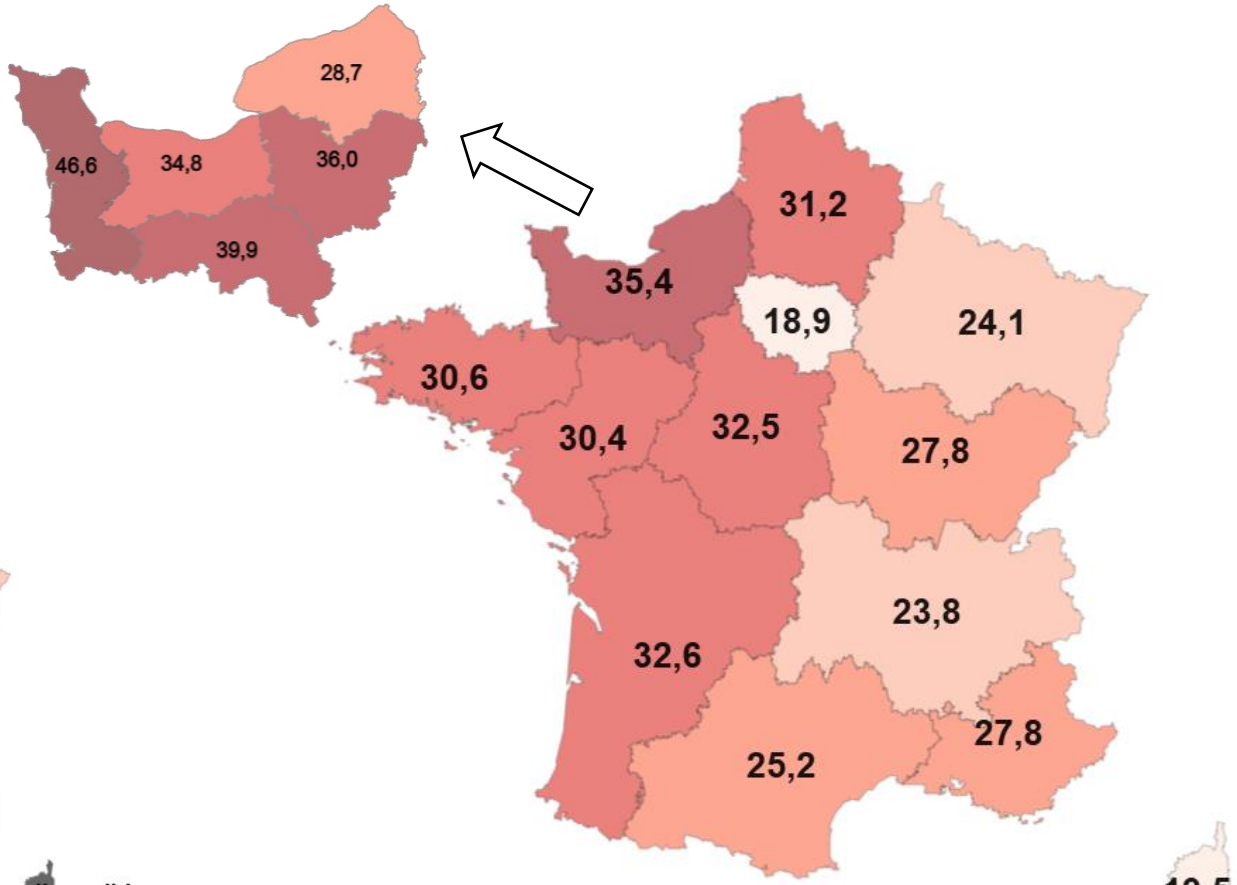
Lecture • En 2022, le taux brut de mortalité par suicide des hommes de 25 à 34 ans est de 15,6 pour 100 000 habitants et de 4,3 chez les femmes de la même tranche d'âge.
Champ • France sauf Mayotte en 2002, France en 2022. Décès de personnes d'au moins un an, dont la cause initiale est un suicide ou une lésion auto-infligée.
Sources • Inserm-CépiDc ; Insee, Estimations de population.
Remarque • Données publiées dans le 6e rapport de l'Observatoire national du suicide (Dossier 2).

Suicide chez les seniors (1)

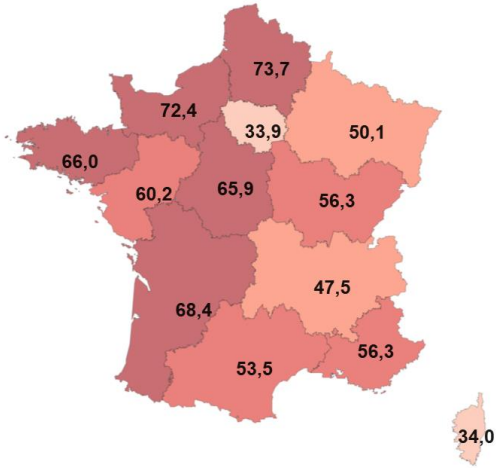
En 2021-2023, la Normandie,
est la région de France hexagonale
avec le **taux de suicide le plus élevé**
chez les personnes de 75 ans et plus

Disparités régionales
Basse-Normandie > Haute Normandie
+ 30% toutes tranches d'âge

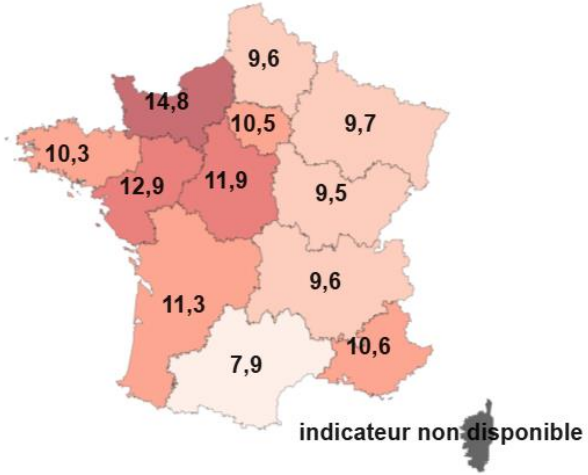
Taux de mortalité par suicide
(pour 100 000 personnes de 75 ans et plus en 2020-2022)



Hommes



Femmes



RECONNAITRE POUR AGIR ET PRÉVENIR

Reconnaitre

- La dépression +++
- Les comorbidités

- La crise suicidaire / les idées suicidaires

- La sécurité des locaux +++

- Les déprises
- La solitude
- Le sentiment d’être un fardeau

- Les détériorations cognitives
- Les pertes d’autonomie
- Les handicaps sensoriels

- La finitude/ la résignation

Le suicide chez les plus de 65 ans



- ***1/3 des décès par suicide***

La part de décès par suicide dans la mortalité générale décroît régulièrement avec l'âge

- ***Les plus de 75 ans en Normandie***
- ***1 suicide/5 concerne les > 75 ans***
- ***SR H/F = 5***
- ***Taux = 35/100 000 (+ 30%/tx N)***
- ***Primosuicidants >***

- ***Intensité de l'intentionnalité et de la détermination***
- ***Réduction du rapport Suicide/TS***
- **Radicalité du moyen (plus violent)**
- ***TS toujours grave***

Les SA ont souvent plus de difficultés à évoquer leurs idées suicidaires ou l'expriment autrement

- ***Traquer la dépression***



Manifestations atypiques de la crise

- Plus discrète
- Plaintes somatiques
- Repli sur soi
- Refus de s’alimenter
- Manque de communication
- Perte d’intérêt pour les activités
- Refus de soin

Facteurs de vulnérabilité plus nombreux

- EDM/ anxiété/ alcool
- Autres troubles psy
- Affections médicales handicapantes
- Douleurs
- Isolement social
- Conflits
- Maltraitance
- Changement d’environnement
- veuvage

Facteurs de risque après 65 ans

- **Les facteurs psychiatriques :**
  - **70 à 90%**
  - Idées suicidaires
  - ATCD de TS
  - ***Dépression : 75 à 82%***
  - Mésusage de l'alcool/substances psychoactives
  - Trouble psychotique < 10%
  - Trouble anxieux
- **Facteurs de personnalité**
- **Les facteurs sociaux, familiaux et événements de vie**
- **La notion de pertes cumulées**
- **Les facteurs neurobiologiques**
- **Maladies physiques et limitations fonctionnelles**
  - ***Maladies physiques :***
    - troubles sensoriels,
    - maladies neurologiques,
    - troubles cognitifs,
    - cancers, états confusionnels
  - ***Douleurs***
  - ***Traitements de pathologies somatiques***
  - ***Perte d'autonomie,***
    - limitations fonctionnelles et peur de devenir un fardeau pour les proches

Facteur protecteurs

- Le mariage
- La présence des enfants
- **La présence de relation amicales et familiales régulières**
- De s’inscrire dans un projet de vie ou faire attention à son état de santé
- La pratique d’une religion



La dépression du sujet âgé



- **Pathologie psychiatrique fréquente d'aspect hétérogène +++**

- **Conséquences néfastes sur :**
  - la morbidité
  - l'autonomie
  - la qualité de vie
  - le recours aux services de santé
- ***Cause de dépendance et d'institutionnalisation***

- **Associée à un risque élevé de passage à l'acte suicidaire y compris en institution +++++**

- **Souvent mal diagnostiquée car difficultés de reconnaissance chez le sujet âgé :**
  - fréquentes formes cliniques atypiques ou atténuées
  - modifications physiques contemporaines du vieillissement
  - intrication fréquente avec des affections organiques et à leurs traitements
  - idée fausse trop classiquement répandue que cette période de vie s'accompagne inéluctablement d'une certaine tristesse

- **Souvent insuffisamment traitée car :**
  - Non reconnaissance
  - Peur de la polymédication
  - Réticence à prescrire un antidépresseur

Savoir Faire

- Évaluation du risque suicidaire
- Évoquer les idées suicidaires

- Traitement efficace de la dépression
- Les comorbidités
- Les traitements associés

- Formation des soignants

- Supprimer la disponibilité des moyens létaux
  - Pilulier carrousel
  - Mobilier adapté …
- Sécurisation des locaux

- Le lien social +++

Pas de mépris(e) pour les déprises



- **Vision déficitaire de la vieillesse ; rôle des représentations sociales négatives**
  - Vieillesse : obstacle, mutilation, handicap, fardeau social, coût
  - Processus de dégradation physique, psychique …et sociale

- **Être attentif au travail de déprise** (abandon volontaire de certaines dimensions de la vie pour préserver ce qui est essentiel)
  - Déprises stratégiques : anticipation et mise en place de stratégies pour préserver autonomie et identité
  - Déprises tactiques : adaptation active aux handicaps imprévus : redéfinition d'une nouvelle intégrité corporelle et autonomie
  - **Déprises contraintes** : soumission au vieillement et handicaps ; fatalisme, dévalorisation, renoncements multiples y compris les soins

Confrontation à la finitude de la vie et résignation



- Accumulation de douleurs
- Accumulation de maladies
- Accumulation de déprises
- Solitude
- Sens de la vie ?
- La proximité de la mort
- Renoncement aux soins ?
- Une certaine résignation
- Une certaine acceptation

Pierre, 77 ans, aux Urgences …





- Pierre, 77 ans, ancien chef d'entreprise, très entouré par les siens
- Sans ATCD psychiatrique
- Séquelles modérées AVC

- Geste suicidaire par pendaison
- Ne peut plus agir selon ses envies



- Cliniquement très déprimé
- Indigné que « la loi ne soit pas passée »
- Veut mourir ++++, décidé …

- Famille : « c'est son choix »





- Tableau de dépression sévère avec idées suicidaire et geste suicidaire chez patient ayant des séquelles d'AVC

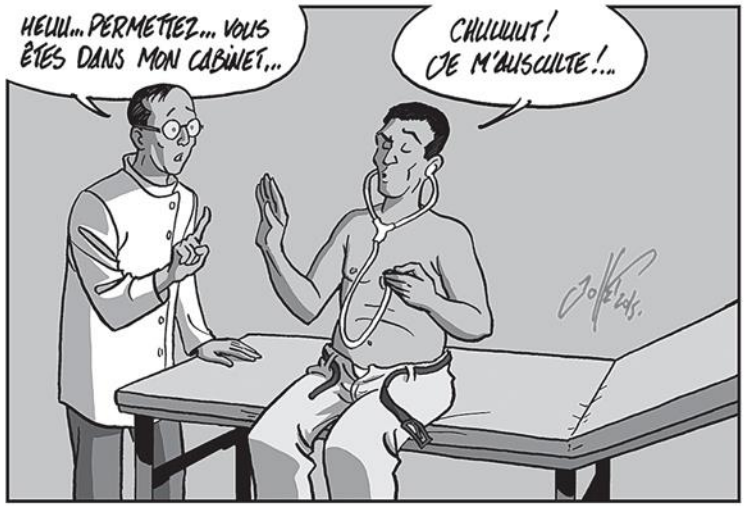
- La question de l'autonomie sous l'angle de l'autodétermination
- La question du choix/liberté à mourir



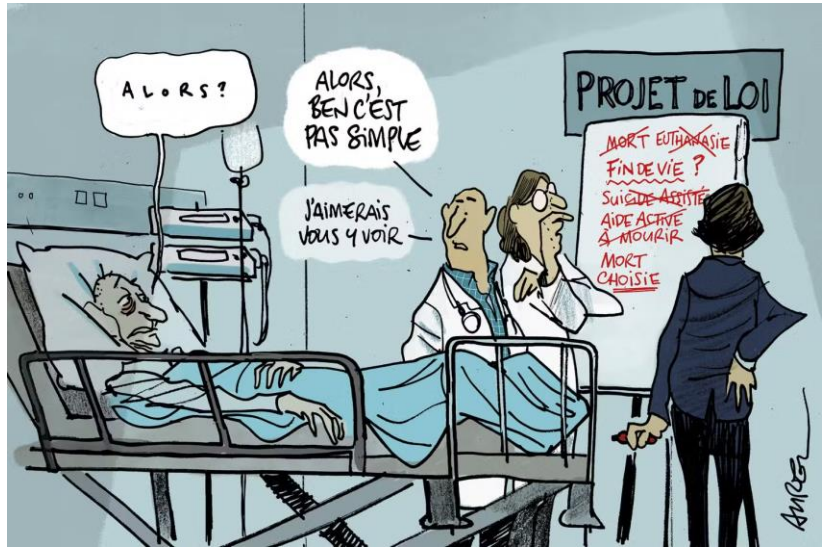
UNE DEMANDE DE MORT CORRESPOND-ELLE À UN DROIT À MOURIR ?

Comment y réfléchir ?

« Penser, c'est transgresser les frontières de l'évidence » »



- **Introduit un DROIT (subjectif) à l'aide à mourir**
  - Un nouveau droit subjectif
- **Sous une terminologie confuse**
  - Euthanasie et suicide assisté décrits sans être nommés
- **D'une autonomie raisonnée à une <u>autodétermination revendiquée</u>**
  - « c'est mon choix, ma liberté »
- **D'une dignité ontologique à une <u>dignité subjective</u>**
  - Dignité inhérente à la condition humaine
  - Dignité relative, réflexive, diluée, absorbée dans la liberté individuelle et le droit à l'autodétermination



« Penser, c'est transgresser les frontières de l'évidence »

- ***« La souffrance psychologique n'est jamais absente dans une demande d'aide à mourir »***

- **Temporalité**
  - Avis médical en deux semaines
  - Décision a minimum en deux jours

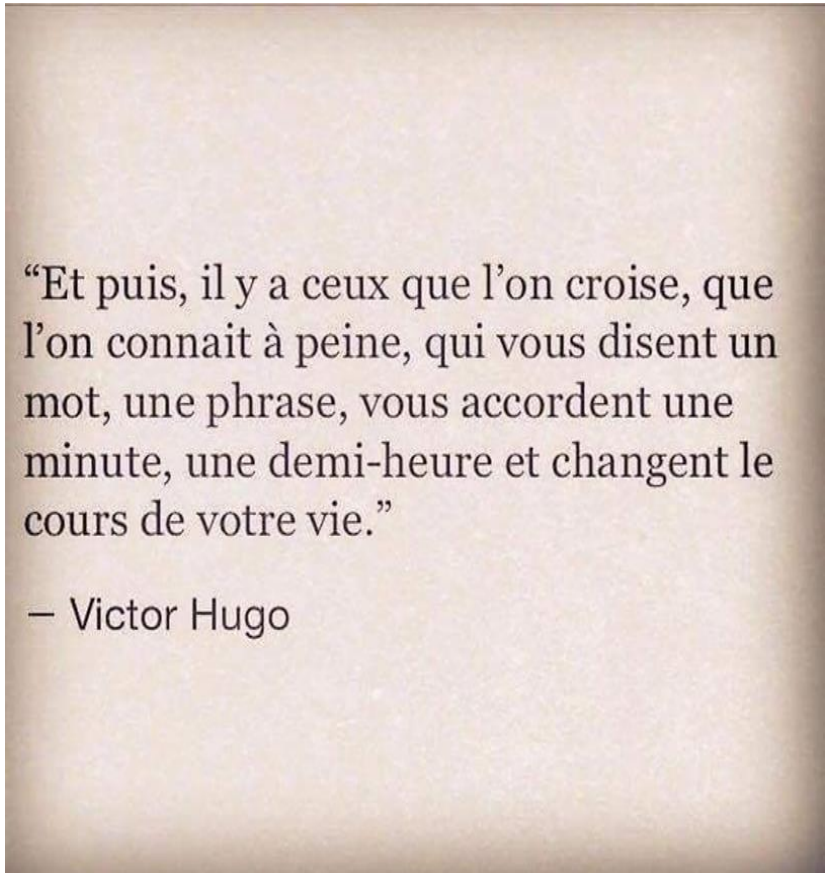
- **Evaluation du discernement**
  - Avis psychiatrique non obligatoire

- **Délit d'entrave ?**



« La souffrance psychique n’est jamais absente d’une demande de mort »

- **Une définition large et subjective de la souffrance**
  - Sans réel consensus
- **La question somatique n’est jamais seule dans plus de 82% des cas**
- **Lien avec les idées suicidaires ; frontière floue, nébuleuse**
- **Quelles limites ?**
  - Troubles psychiques
  - Fatigue de vivre / sentiment de vie accomplie
- **Elimination de la souffrance ou élimination du souffrant ?**
- **Constellation de facteurs**
  - Trajectoire de vie
  - Positionnement
    - Familiarité avec la mort
    - Le vécu hospitalier/ contre-positions
    - Les dynamiques organisationnelles des soins



Le domaine de l'inavouable …

- Face aux difficultés de l'accès aux soins, notamment pour les plus vulnérables …

- Dimension socio-économique ….

- « Plan 75 », film japonais primé à Cannes en 2022
  - Promeut l'euthanasie choisie (et rémunérée) des personnes âgées de plus de 75 ans considérées comme « inutiles »

  « *Plan 75 n'existe pas dans la réalité, mais tout ce qui est décrit existe* » (Chi Hayakawa, réalisatrice)



Les soignants, l'autonomie et l'éthos professionnel

- Porteur des valeurs du soin
- Ethos professionnel : pratiques fondées sur les valeurs partagées d'une collectivité
- La question : autonomie et autodétermination, comment les percevoir
- Tout dépend de la façon dont sont mobilisés les différents concepts d'Autonomie

- Autonomie morale
  - Donner une direction à sa vie en fonction de sa conscience morale, de ses valeurs
  - Autonomie idéale (Kant) : minimiser les influences au profit de la raison
  - Autonomie idéale subjective proche de l'Ethique du Care, correspondant à ce que la personne désire de sa vie en fonction des valeurs, désirs et objectifs ; mouvement dynamique comme une capacité d'attention singulière et d'improvisation pragmatique, de l'ordre de la sagesse pratique d'Aristote
- Autonomie sociale
- Autonomie existentielle
  - Exprimée sous forme de perte / pertes
  - Toile de fond du glissement de la notion d'autonomie vers celle d'autodétermination

Les soignants face aux angoisses de mort et aux angoisses du suicide

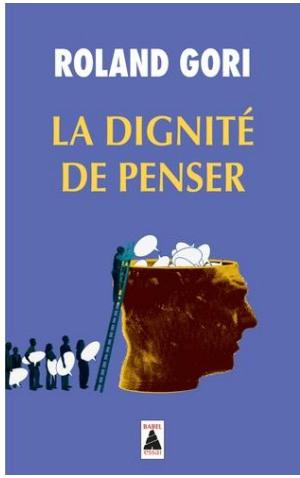
- **Porteur des valeurs du soin**
- **Face à des limites**
  - médico-juridiques, morales/religieuses/anthropologiques, éthiques et politiques



- **Face à l'expérience de l'humilité et du désarroi**
  - Quelle position lorsque « *soigner n'est plus guérir* », lorsque « *une vérité atteint sa limite, lorsque le fait brut d'être en vie est apparemment dissocié de toute qualité de vie », lorsque la personne expérimente « le deuil anticipé de sa propre vie* » ?



- **Panser et penser / la fonction du récit**
  - **La dignité du soin**
  - **La capacité de réfléchir à/dans une situation particulière et difficile/dynamique risquée**
  - **« La dignité de penser »**



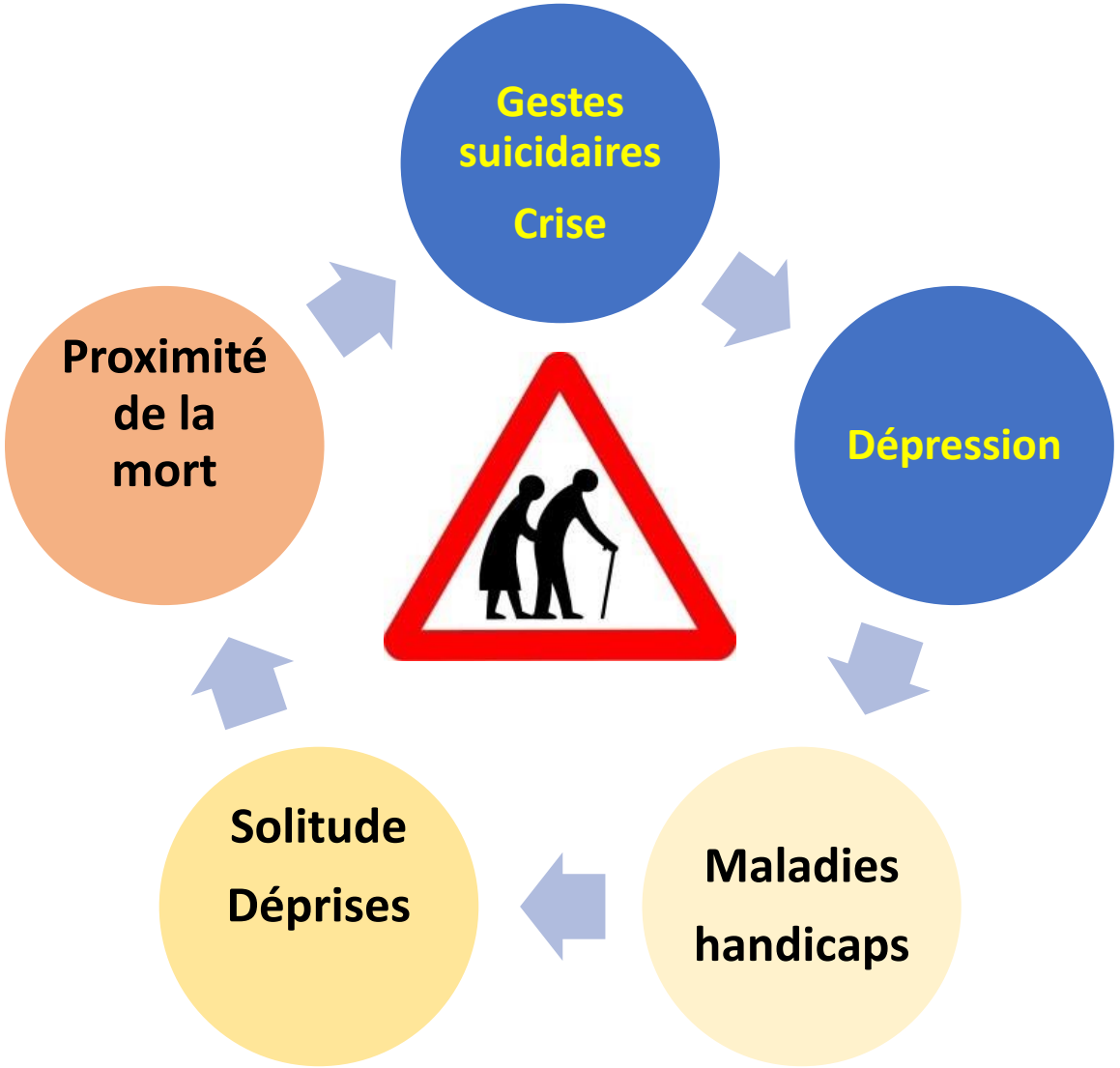
CONCLUSIONS



Atypicité de la personne âgée







Besoins spécifiques



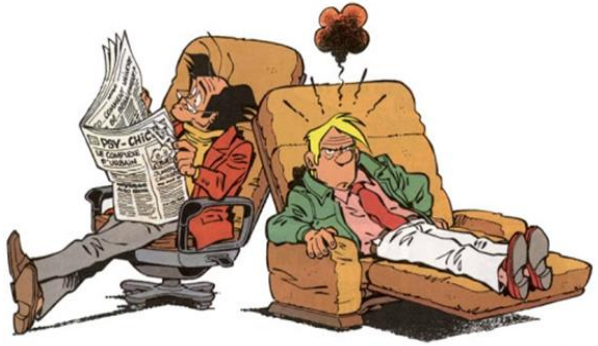
Valeurs du « Cantou », valeur de la vie





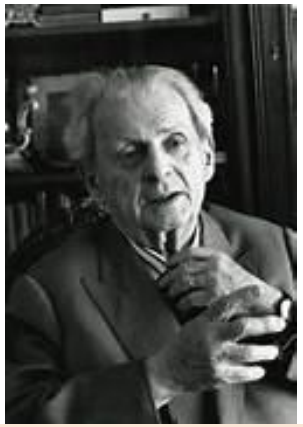


- Chaleur
- Convivialité
- Partage
- Ensemble Présents
- Lien intergénérationnel
- Montre la vie …
- Convie à la vie



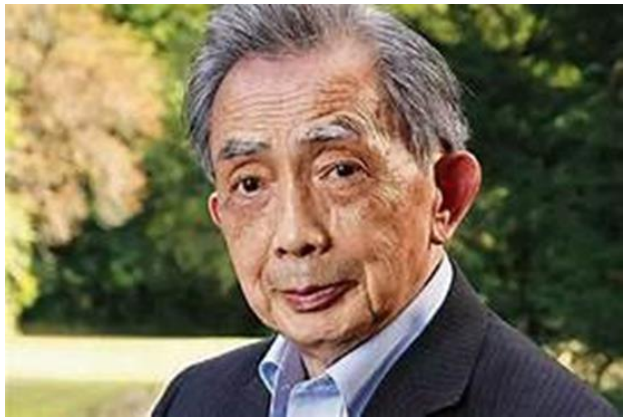
Se rendre disponible à la rencontre





« Comprendre une personne, c'est déjà lui parler » …

« Le Moi, devant autrui, est infiniment responsable »



« Le charme d'une vraie rencontre, c'est qu'elle a souvent lieu dans l'inattendu et l'inespéré »

François Cheng

