



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



LABORATOIRE LORRAIN
DE SCIENCES SOCIALES

Rapport final

Recherche Malâge : Mal-être au grand-âge en contexte pandémique.

Responsable du projet : Ingrid Voléry, professeure de sociologie, 2L2S, Université de Lorraine

Frédéric Balard, Maître de conférences en sociologie, 2L2S, Université de Lorraine, co-porteur du projet

Membres du projet :

Pauline Launay, post-doctorante, réalisation des terrains Ehpad, Ehpa, analyse du traitement médiatique du mal-être des personnes âgées en contexte pandémique

Florian Pisu, post-doctorant, réalisation du terrain réalisé auprès des personnes âgées suicidantes, accompagnées par les dispositifs de prévention du suicide ; réalisation de l'état de l'art en suicidologie, psychiatrie, santé publique

Hélia Poncet, stage de Master 2 de sociologie, réalisation des entretiens avec les personnes âgées vieillissant au domicile

Mathieu Burner, stage de Master 1, contextualisation statistique.

TABLE DES MATIERES

Introduction	5
1. Le suicide des personnes âgées : un fait statistique persistant, mais peu considéré	5
2. Problématisation : le suicide des vieux au prisme des SHS	6
2.1. Le suicide des personnes âgées vu par la sociologie	6
2.2. L'enquête Malâge : une approche configurationnelle	9
3. Méthodologie de l'enquête de terrain	11
3.1. L'enquête au domicile	12
3.2. L'enquête en institutions gérontologiques	14
3.3. L'enquête auprès des personnes âgées suicidantes	16
Première partie. Les catégorisations médiatiques et politiques du mal-être des personnes âgées en contexte pandémique	22
1. Présentation du corpus.....	22
2. Les registres de mise en sens : la constitution publique du problème du mal-être chez les personnes âgées au début de la pandémie	24
2.1. Vulnérabilité face au virus et relatif consensus autour des mesures sanitaires préventives ciblant les personnes âgées	24
2.2. Les « risques » du confinement : l'irruption du mal-être	26
2.3. Ces morts qu'on ne sait même pas compter	32
2.4. Annonce d'un confinement préventif en chambre et activation du suivi des décès dans les Ehpad	35
2.5. Controverses sur les mesures sanitaires : double visibilisation du mal-être des personnes âgées et du malaise des professionnels dans les Ehpad	37
3. Synthèse de la première partie	38
3.1. Parler des personnes âgées pour parler de la société	38
3.2. L'effacement des vieillesse singulières	39
3.3. Le mal-être des personnes âgées selon les catégories d'acteurs	39
3.4. Des médias, caisses de résonance des dynamiques politiques.....	41
Deuxième partie. Dire le mal-être et le suicide du point de vue des professionnels.....	42
1. Conceptualisations du suicide dans les champs professionnels : une littérature francophone singulière	42
1.1. Le corpus.....	42
1.2. L'abord de la suicidalité dans la littérature experte	43
Conclusion.....	50

2. Pluralité de positions et d'enjeux professionnels affectant la lecture du mal-être et de la suicidalité des âgés	51
2.1. Les professionnels des Ehpa et Ehpad	51
2.2. Les professionnels de psychiatrie et de prévention du suicide	55
Conclusion	59
TROISIEME PARTIE. DIRE LE MAL-ETRE ET LE SUICIDE : ENTRE NORMES D'AGE ET DE GENRE	61
1. Quand la conformation aux normes du bien-vieillir suscite des tensions subjectives	61
1.1. Rester actif et autonome	61
1.2. La vieillesse pour normaliser les failles.....	63
1.3. Les enjeux du bien-vieillir en Ehpad	64
1.4. Ne pas pouvoir se plaindre quand on « la chance » de pouvoir encore vivre chez soi	68
1.5. Entre bêtises et actes déterminés : normes d'âge et récits des tentatives de suicide	69
2. Les effets des normes de genre sur les récits du mal-être et des tentatives de suicide	71
2.1. Causalités extérieures et reconnaissance de l'injustice chez les hommes rencontrés	71
2.2. Causalités internes, culpabilité et préoccupations familiales chez les femmes rencontrées	73
2.3. Des modes opératoires genrés.....	74
Conclusion	78
QUATRIEME PARTIE. LES EFFETS DES NORMES DE GENRE ET D'AGE SUR LES CONFIGURATIONS SUICIDOGENES ET LES RESSOURCES A DISPOSITION.....	79
1. Hommes et femmes face aux tensions de <i>care</i>	79
1.1. Des hommes à l'épreuve de la perte d'autorité domestique.....	79
1.2. Se conformer ou fuir les obligations de <i>care</i>	83
2. Des ressources sociales différentielles héritant des parcours de vie	87
2.1. Cumul de disqualifications et étiolement au long cours des ressources matérielles et relationnelles	87
2.2. Les recompositions tardives de la société conjugale	89
2.3. Des inégales ressources à disposition	90
3. Les spécificités des parcours des personnes « psychiatisées »	92
Conclusion générale et synthèse.....	95
1. Intérêt de l'abord sociologique et de la mobilisation croisée des sociologies du genre, des âges et du suicide.....	96

2. Le suicide des personnes âgées, un fait social peu sensible aux effets de contexte pandémique.....	96
3. Dire son mal-être, sa tentative de suicide : des façons de renégocier des identifications d'âge, de genre et des continuités biographiques	97
4. Intensifications des pressions de <i>care</i> et déprises domestiques : des parcours et configurations genrés.....	97
5. Des frontières entre suicidants et non suicidants brouillées	98
5.1. Les individus précocement suivis par les services de santé psychique	98
5.2. Les individus non « psychiatisés »	99
6. Suicides de vieillesse ou dans la vieillesse ?	99
6.1. Un suicide lié au vieillissement dans la maladie psychique	99
6.2. Un suicide de passage d'âge	99
Bibliographie.....	101

INTRODUCTION

Le projet de recherche Malâge « Mal-être au grand-âge en contexte pandémique », financé depuis 2021, avait pour objectif d'étudier les expériences subjectives douloureuses des personnes âgées (initialement de plus de 75 ans) – qu'elles aient ou non réalisé des tentatives de suicide, afin d'appréhender les éventuelles spécificités sociales et biographiques des deux populations, mais aussi, les effets de contexte ou les logiques d'action susceptibles de convertir une expérience subjective douloureuse en tentative de suicide. Il poursuit, ce faisant, des interrogations classiques de la suicidologie et des sciences du psychique. Il présente cependant deux originalités : la perspective sociologique développée, à la croisée de la sociologie du suicide, du genre et de la vieillesse et sa focalisation sur les personnes âgées. Cette focale s'explique par des considérations statistiques, mais aussi sociologiques.

1. Le suicide des personnes âgées : un fait statistique persistant, mais peu considéré

Les taux de suicide des personnes âgées, en particulier des hommes après 65 ans, sont, en effet, importants, et ce malgré les politiques de redistribution sociale les visant (retraite, politiques gérontologiques, médico-sociales). La France occupe même ici le haut du classement dans l'Union européenne en 2020.

Autre particularité constante depuis plusieurs années, partout en Europe, comme aux autres âges, les hommes se suicident tendanciellement davantage, mais avec une sursuicidalité plus marquée encore après 85 ans.

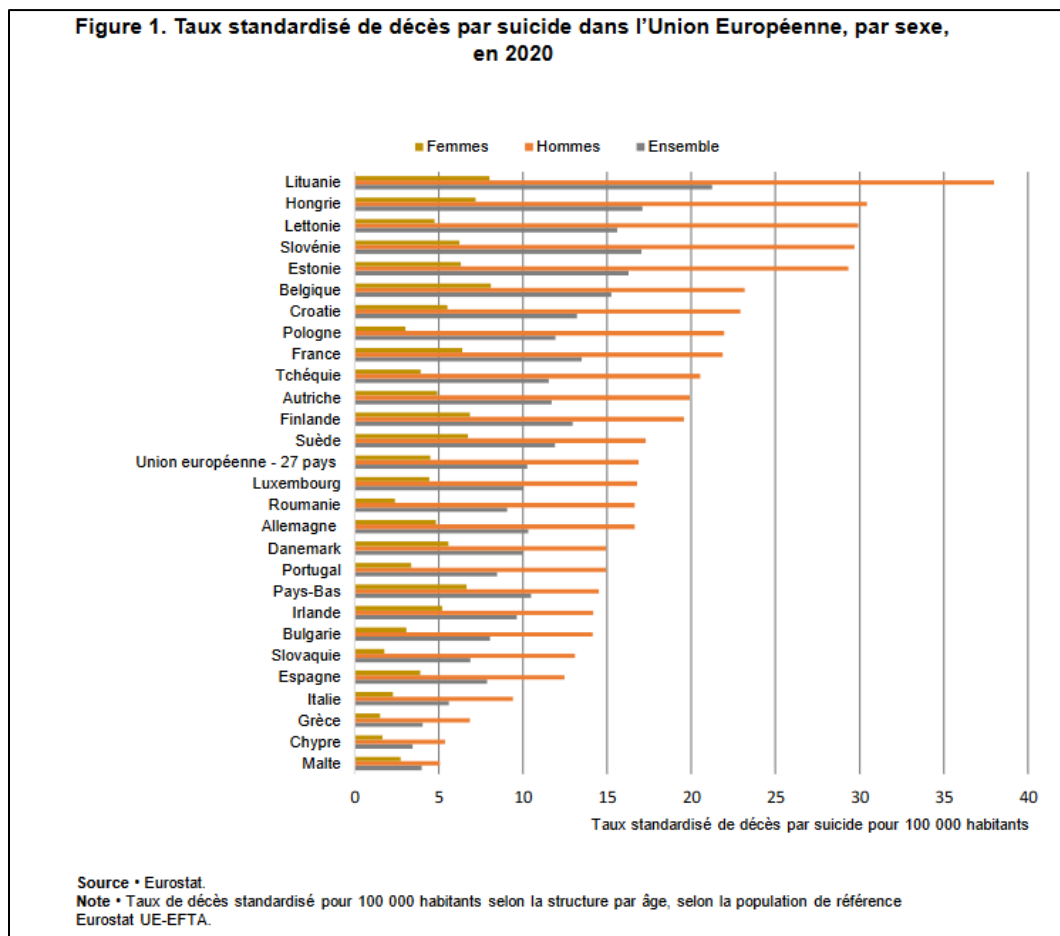
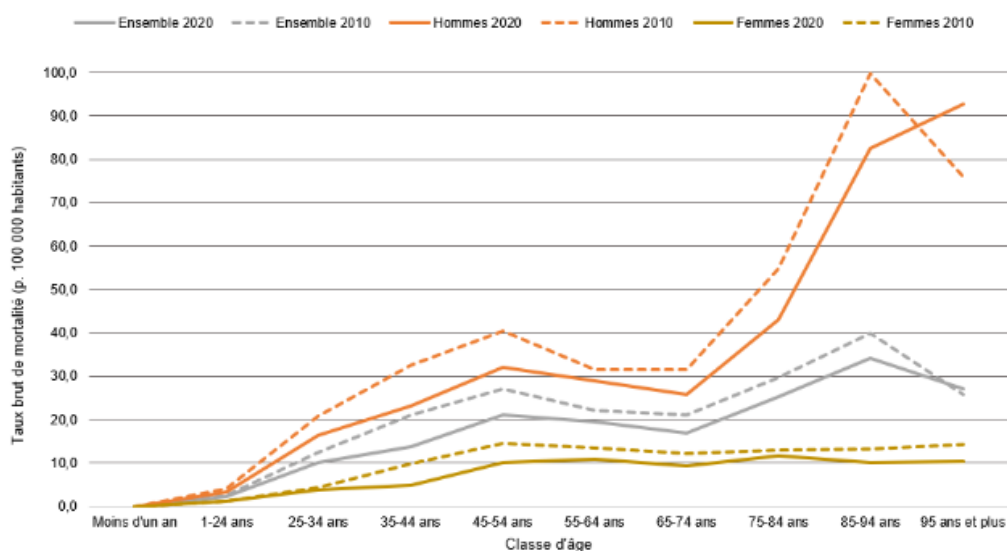


Figure 3. Evolution du taux brut de mortalité par suicide et lésions auto-infligées en 2010 et 2020 selon la classe d'âges.



Source • Inserm-Cépidc, 2020.

Champ • Personnes décédées par suicide ou lésions auto-infligées en 2020 et 2010 vivante en France métropolitaine.

Lecture • Le taux brut de mortalité par suicide ou lésions auto-infligées était de 14,5 pour 100 000 habitants chez les femmes âgées de 45-54 ans en 2010.

Dans le schéma ci-dessus, le cumul des suicides et des lésions auto-infligées rend particulièrement visible ce bond des courbes dès après 75 ans, chez les hommes, tandis que pour les femmes, une première hausse est constatée à 50 ans puis atteint ensuite une stabilité. Ce fait statistique est ancien (Andrian, 1990) et il semble persister en dépit de transformations sociales structurelles : meilleurs accès aux soins des personnes âgées, mise en place des retraites, développement de politiques gérontologiques à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle, hausse de l'espérance de vie conduisant les hommes, souvent plus âgés que leur compagne, à vieillir en couple et à tendanciellement profiter des effets "vertueux" de la société conjugale comme le soulignait Durkheim (1897). Tout se passe donc comme si l'amélioration globale des niveaux de vie et de soin et la persistance d'une intégration conjugale et familiale des hommes âgés ne parviennent pas à atténuer le taux de suicide et tentatives de suicide. Le suicide des personnes âgées est, sous cet angle, un butoir des grilles d'analyse sociologique habituelles privilégiant les formes d'intégration et de régulation sociale et économique (Durkheim, 1897 ; Baudelot et Establet, 1984 et 2006). Pour parvenir à proposer des hypothèses alternatives susceptibles d'expliquer, à la fois, la persistance de ce taux aux âges avancés, mais aussi, son caractère fortement genré, nous avons mobilisé les travaux conduits en sciences du psychique et en sciences sociales. Partant de leurs apports et limites, nous avons ensuite élaboré une problématisation susceptible d'en éclairer les zones d'ombre.

2. Problématisation : le suicide des vieux au prisme des SHS

2.1. Le suicide des personnes âgées vu par la sociologie

Cette partie revient sur les perspectives sociologiques déployées en France, mais aussi outre-Atlantique, pour rendre compte du suicide. Elle aborde ces théories en lien avec les paradigmes qui les sous-tendent (positivisme durkheimien, perspectives constructivistes, approches par le parcours de vie) et en considérant les manières d'intégrer à l'analyse l'âge et le genre, au cœur de la présente recherche.

2.1.1. *Les perspectives positivistes*

Il est difficile d'aborder le suicide sans considérer les apports de Durkheim fondant une approche positiviste du suicide, essentiellement informée par l'analyse de statistiques agrégées à des échelles populationnelles. La lecture durkheimienne articule suicides et degrés d'intégration/de régulation sociale des conduites, une proposition le conduisant à considérer l'âge et le sexe en ce qu'elles constituent des variables indépendantes, expliquant les degrés d'imprégnation sociale et morale (comme les femmes, les vieillards sont jugés à distance du social et protégés du suicide), et non des ensembles normatifs contraignant de manière plurielle les conduites des hommes et des femmes âgés. Une telle perspective conduit à :

- Considérer le grand-âge comme un temps de déprise sociale, un temps au cours duquel les vieillards, moins soumis aux forces sociales, se replieraient sur leurs besoins naturels et seraient moins enclins au suicide – tout comme les femmes et les enfants : « Nous savons que le suicide est exceptionnel chez l'enfant et qu'il diminue chez le vieillard parvenu aux dernières limites de la vie ; c'est que chez l'un et chez l'autre, l'homme physique tend à redevenir tout l'homme. La société est encore absente du premier qu'elle n'a pas eu le temps de former à son image ; elle commence à se retirer du second ou, ce qui revient au même, il se retire d'elle. Par suite, ils se suffisent davantage. Ayant moins besoin de se compléter par autre chose qu'eux-mêmes, ils sont aussi moins exposés à manquer de ce qui est nécessaire pour vivre. L'immunité de l'animal n'a pas d'autres causes » (Durkheim, 1897, p. 230-231). La vieillesse y est appréhendée comme un temps de déprise sociale, suscitant cependant moins un sentiment d'inutilité, de perte de sens aujourd'hui mis en exergue par certains travaux de sociologie du vieillissement (Clément et Mantovani, 1999), qu'un moment de recentration sur des besoins physiologiques et d'apaisement subjectif.
- Comme dans les travaux psychiatriques et de santé publique, la perspective adoptée par Durkheim conduit à binariser une lecture faisant des hommes et des femmes des groupes homogènes, là où les récents travaux de sociologie du genre montrent les diverses manières de faire le/son genre ou son âge (différentes façons de se positionner vis-à-vis de l'avancée en âge et des normes encadrant le vieillissement, d'investir les rôles sociaux de sexe au grand-âge..) et leurs incidences possibles sur les expériences subjectives douloureuses et conduites suicidaires. Le sexe comme l'âge sont appréhendés en tant que positions sociales collectives cadrant les expériences individuelles de façon homogène ; les femmes sont protégées par les enfants là où les hommes sont protégés par la relation conjugale. Besnard (1973) souligne en particulier combien Durkheim voit dans le sexe et l'âge des variables intermédiaires, dans une approche focalisée sur les degrés d'intégration sociale, et non des entités spécifiques, ce qui « l'aurait conduit à voir que le bonheur des hommes n'est pas celui des femmes, lui qui défend la famille comme instance d'intégration et de régulation sociale » (Besnard, 1973, p 60).

Loin de constituer une particularité durkheimienne, cette binarisation des lectures se retrouve dans des textes français critiques, à l'instar de celui de Dubar (2009) répondant à l'article de Besnard sur l'appréhension du suicide des femmes par Durkheim. Dubar y fait ainsi l'hypothèse que « l'essentiel de l'immunité féminine face au suicide doit être cherché dans la sphère des identités conjugales et familiales aussi bien sur la dimension intégration domestique (définie en termes d'interactions quotidiennes avec les autres membres de la famille) que sur la dimension régulation conjugale et familiale (définie en termes d'intériorisation des normes liées aux rôles de filles, épouses et mères pour les femmes, de fils, époux, pères pour les hommes) ». C'est aussi le cas d'écrits américains plus contemporains expliquant les différentiels de conduite suicidaire des hommes et des femmes par les résonances subjectives des rôles sociaux

de sexe qu'ils et elles endossent, de manière très réifiée là encore : les hommes pris par une masculinité stoïque focalisée sur l'indépendance et la maîtrise seraient « *less resilient gender* » donc moins susceptibles de faire aux réaménagements accompagnant le grand-âge (difficultés de santé, réorganisations des lieux et modes de vie...) (Girard, 1993 ; Canetto, 2008, 2017) – dans une relative proximité aux propositions de Beghi et al. (2021).

2.1.2. *Les perspectives constructivistes*

Au contraire de ces perspectives, se développent depuis la fin des années 1970 des perspectives constructivistes (Douglas, 1967 ; Marsh, 2010) privilégiant l'étude des catégorisations émiques et étiques du suicide (catégorisations de la médecine légale, de l'entourage des personnes suicidées, produites par la personne suicidée via les lettres éventuellement laissées).

Focalisées sur les processus d'étiquetage, ces lectures mettront l'accent sur les scripts et schémas narratifs psychocentrés cadrant les narrations et expériences du suicide. C'est le cas de l'ouvrage de Ian Marsh (2010) qui revient sur un mouvement de pathologisation du suicide (tous âges confondus), engagé dès le XIX^e siècle, porté par la psychiatrie et tout particulièrement par le développement de courants théoriques suicidologiques. Dans une perspective foucauldienne, il examine la façon dont les discours sur le suicide provoquent la construction d'un « soi suicidaire » singulier dont les individus suicidaires ou suicidants font état – souffrance de la personne suicidaire présentée comme tourmentée, acculée et de ses proches affectés par la culpabilité de ceux qui n'ont pas su repérer, prévenir, attacher à la vie. Dans une veine similaire, Rimke (2016) utilisent, quant à eux, le terme de *psycho-centrism* pour montrer en quoi, la diffusion de ces perspectives convertit des problèmes humains complexes en « innate pathologies of the individual mind and/or body, with the individual held responsible for health and illness, success and failure » (Rimke, 2016).

Parce qu'elle passe par une psychiatrisation forte, cette pathologisation du suicide suscite parallèlement un second mouvement d'individualisation de sa lecture : le suicide renvoie à un trouble psychique, neurocognitif ou d'attachement, une incapacité à faire face à des souffrances réactionnelles légitimes (face à un deuil, une maladie, un changement de mode de vie), au détriment de lectures mettant l'accent sur les choix institutionnels, politiques et les rapports sociaux sous-tendant, par exemple, des rapports sociaux d'âge et de genre dont la compréhension ne peut se faire indépendamment de la prise en compte des trajectoires sociales.

Parmi ces approches, se développent des recherches attentives aux représentations genrées façonnant les récits et narrations sociales du suicide (suicide actif, déterminé, violent pour les hommes vs tentatives de suicide, passif – appel à l'aide, moins violent pour les femmes) (Jaworski, 2014). Dans ce type de perspective, le genre ne construit pas une position homogène, mais constitue une production discursive, représentationnelle susceptible de peser sur la façon dont les professionnels et les personnes elles-mêmes qualifient les expériences subjectives douloureuses et les conduites suicidaires. Cette construction est, par ailleurs, fondée sur une dichotomie actif-passif documentée par de multiples travaux (Héritier, 1996). Katrina Jaworski décèle cette matrice chez Durkheim dont la définition du suicide implique un « active suicide contrasting, accordingly, with the depressed suicide discussed above » (*Ibid.*, p 53), ce qui le conduit à déqualifier le suicide des femmes. Dérogeant à cette matrice, le suicide fataliste pourtant constaté chez les jeunes époux est d'ailleurs peu considéré. Canetto a également beaucoup travaillé sur cette asymétrie en pointant combien le suicide des femmes est tout particulièrement associé à la dépression et aux conflits relationnels (des femmes dépendantes aux objets de l'amour, sujettes aux difficultés émotionnelles, aux désordres de l'humeur). Comme le dit Canetto (1997) : « The implication is that a woman's suicidal act, particularly when unsuccessful, « results from her vulnerable feminine constitution » and the act is

understood as a “scheme to reengage and punish a desirable deserter” tandis que « Male suicide is interpreted as « a form of mastery, as an affirmation of autonomy and rationaliy in the face of unrelenting adverse circumstances » (Canetto 1997, p. 145). Au contraire donc, les suicides des hommes sont expliqués par le manque d’indépendance, la maladie physique, les problèmes économiques..... Et même lorsque les problèmes économiques sont repérés chez les femmes, les auteurs tendent à interpréter les rapports subjectifs différentiels à ces problèmes à l’aune de cette même matrice – par le suicide, les hommes résistent tandis que les femmes abandonnent (Girard, 1993, p 101). Plus encore, pour Jaworski, les récits du suicide – véhiculés dans la presse, la littérature experte, mais aussi produits par les personnes via des lettres de justification ou des justifications adressées aux tiers lorsqu’ils/elles survivent – ne sont pas seulement tramés par une matrice genrée. Ils contribuent en tant que tels à performer le genre : raconter son suicide selon ses scripts contribuerait à rester un homme ou une femme : « ...I considered whether what is interpreted as “unmasculin” in some interpretations of male suicides is, to some degree, shaped by a fear og losing one’s masculinity, because it loose as if survival is almost unbearable for some men » (Jaworksi, 2014, p. 63).

Stimulantes par le renversement qu’elles proposent – analyse comparée des récits des hommes et des femmes ; de variables indépendantes fixes, sexe et âge deviennent des modèles *culturels* que les conduites suicidaires peuvent paradoxalement permettre de performer, ces perspectives conduisent cependant à occulter les dimensions *matérielles* accompagnant des normes d’âge et de genre qui ont des effets objectifs sur les parcours de vie et les conditions de vie au grand-âge, comme le montrent les travaux sur les vieillissements différentiels des hommes et femmes (Charpentier et Quéniart, 2009, Legrand et Voléry, 2012, Membrado, 2013).

C’est pourquoi la problématique développée dans Malâge s’efforce de suivre une troisième voie configurationnelle articulant les dimensions représentationnelles et matérielles découlant des rapports sociaux d’âge et de sexe et leurs effets sur les expériences subjectives douloureuses et les conduites suicidaires.

2.2. L’enquête Malâge : une approche configurationnelle

L’approche développée dans Malâge tente d’articuler les apports de la sociologie du suicide, du genre et du vieillissement.

Elle propose, en premier lieu, une prise en compte systématique du genre dans l’analyse, en ne le limitant pas à l’étude des spécificités d’un groupe de sexe, du point des facteurs de risques ou des rôles sociaux, et en étudiant les relations plurielles que les hommes et les femmes enquêtés entretiennent avec une matrice genrée du suicide (dans les statistiques et explications apportées). Les socialisations de classe ou professionnelles peuvent, en effet, conduire les individus à aspirer à d’autres modèles de féminité (impliquant la poursuite de forts investissements extra-domestiques et filiaux au grand-âge, la maîtrise décisionnelle) ou de masculinité (la masculinité stoïque impliquant la force et le contrôle peut être mise à distance sans souffrance subjective du fait d’une vision du grand-âge normalisant la perte de force).

Elle tente également de considérer le genre sous trois angles : des positions objectives découlant des normes de genre enjoignant, par exemple, les femmes âgées à ne pas peser sur leur fille et à éviter de solliciter des cohabitations intergénérationnelles quand les pertes d’autonomie domestique surviennent, les hommes à investir tout particulièrement une autorité domestique mise à mal par certains problèmes de santé ou l’entrée en Ehpad, ou bien encore, surexposant les femmes aux violences sexuelles et familiales, des identifications subjectives (se dire fragile, en rechute *vs* revendiquer un suicide déterminé) et des ressources matérielles et subjectives différenciellement à disposition (aptitudes à la conversation, à la délégation du pouvoir décisionnel sur son mode de vie).

Cette conceptualisation alternative du genre sera appliquée également à l'âge, ce que nous n'avons à ce jour guère trouvé dans la littérature. L'âge ne sera pas considéré comme un facteur de risque entraînant de manière homogène isolement, perte de sens, ou plus grande propension à sacrifier la « quantité d'existence » restante (Baudelot et Estabiet, 1984, p. 66), mais comme, une expérience sociale mettant en jeu des représentations du vieillissement et du suicide plurielles, face auxquelles des hommes et femmes d'âge chronologique équivalent vont agir différemment (l'articulation suicide et dépression, la difficulté à se conformer aux leviers promus du bien-vieillir). Loin de se focaliser sur la seule vieillesse, nous tiendrons également compte de cet autre versant de l'âge, impliquant le temps long d'un parcours façonnant les configurations de vie et les ressources à disposition. Louis Chauvel (1997)¹, mais aussi Girard et Bailey aux USA (Girard, 1993² ; Bailey, 1998) ont ainsi pointé l'existence de seuils (retraite, veuvage, départ des enfants, entrée en institution), susceptibles de produire des expériences subjectives douloureuses ou des configurations suicidogènes. Toujours dans cette optique de pointer les spécificités de parcours de vie genrés, Canetto (1995) a également souligné la médicalisation des demandes d'aide des femmes et ses effets sur le suicide : « most of those [women] who seek the help of their doctor a month before trying to suicide “are treated with psychotropic drugs, which they overdose on a short time later” (Canetto, 1995, p. 238) tandis que Canetto et Sakinofsky (1998) soutiennent que les moindres taux de suicide des femmes résultent probablement de « successful treatments for depression » » (Canetto et Sakinofsky, 1998, p. 107).

Plus encore, la sociologie de la vieillesse a montré combien les rapports sociaux de sexe agissent depuis la prime enfance et construisent des parcours biographiques distincts dont nous faisons l'hypothèse qu'ils jouent un rôle important tant dans la production de configurations douloureuses que dans les ressources différentielles pour y faire face : via l'exposition des femmes à des violences familiales e/ou sexuelles, conjugales ; l'étiollement des réseaux de solidarité et de sociabilité familiale et amicale à mesure des déplacements induits par la carrière du conjoint ; des modes de vie dépendants des choix des conjoints et centrés sur l'espace domestique dès l'entrée en retraite ; des écarts d'âge dans le couple conduisant les femmes à accompagner les fins de vie des conjoints et à expérimenter le veuvage ; des trajectoires médicales et professionnelles conduisant les femmes à de faibles niveaux de pension...

¹ Louis Chauvel met l'accent sur la recomposition du cycle de vie (effet d'interaction entre âge et période), c'est-à-dire le fait que l'âge, la jeunesse et la vieillesse, ne veulent pas dire la même chose, du point de vue du suicide, en 1950 et en 1995. Ce serait alors la « redistribution du statut social selon les âges de la vie en une période de ralentissement de la croissance économique » qui expliquerait les taux de suicide.

² Chris Girard (1993), sociologue américain, analyse les statistiques du suicide en les mettant en regard de séquences du parcours de vie. Cette démarche le conduit à mettre en exergue des « patterns », distinguant les parcours de vie des hommes et des femmes mais aussi les âges sociaux traversés : jeunesse, middle-age, grand âge étant jalonnés de transformations biographiques différentes pour les hommes et les femmes. Ces patterns statistiques d'âge et de genre sont ensuite reliés aux types de sociétés étudiés, notamment en considérant les carrières « psychologiques » socialement encouragées chez les hommes et les femmes tout au long de leur parcours de vie. Chris Girard distingue ainsi les identités de statut irréversibles (la maternité, les rôles familiaux) auxquels les femmes seraient particulièrement encouragées – y compris dans des sociétés industrialisées les invitant à l'activité professionnelle – et les identifications « d'achievement », dépendantes de performance professionnelle, économique, physique plus contingentes et plus sensibles aux imprévus, auxquels les hommes seraient encouragés. Ces distinctions prépareraient de manière différentielle les hommes et les femmes à affronter un grand âge caractérisé, d'une part, par des transformations largement imprévues (dégradation subite d'un état de santé imposant une institutionnalisation contrainte, provoquant un isolement social...), et, d'autre part, par un moins grand nombre de supports identitaires disponibles pour reconstruire des identifications positives. Comme Bailey (1998), il en vient à conclure une plus grande fragilité des hommes très âgés tandis que les femmes seraient plus vulnérables aux épreuves familiales du middle-age (divorce, départ des enfants).

Parmi ces dimensions, une attention particulière sera accordée aux relations de *care* dans lesquelles les hommes et femmes enquêtés sont pris (Duprat-Kushtanina, 2013) – en particulier parce qu’elles prennent une place importante et stratégique au grand-âge (restrictions des activités domestiques et extradomestiques autour de ces relations permettant une reconnaissance subjective et sociale, surveillance particulière des capacités des informateurs à prendre en charge leur/le care) (Legrand et Voléry, 2012). Par ailleurs, les travaux de sociologie du suicide discutant des degrés d’intégration conjugale et familiale sont passés à côté des apports des sociologies féministes du *care*, ayant souligné combien les tensions objectives liées aux relations de *care* pouvaient induire des tensions subjectives – culpabilité, injonctions contradictoires, fardeau de l’aide.

Enfin, la perspective déployée dans l’enquête sera également très attentive à la façon dont les récits des expériences douloureuses et des tentatives de suicide s’opèrent en regard de normes sociales cadrant les vécus du grand-âge aujourd’hui et peuvent, à cet égard, être aussi compris comme des moyens, pour nos informateurs, de se positionner face à ces normes – en performant ou en revendiquant un type de vieillissement (Balard, 2013 ; Viriot-Durandal et Moulaert, 2014). La volonté de mettre à distance la dépression au profit d’un suicide rationnel, déterminé, parfois légitimé par les controverses sociales entourant l’accès au « suicide assisté », constitue à cet égard aussi une manière de continuer à faire « bonne vieillesse » et à mettre à distance les velléités de surveillance ou mise sous tutelle de l’entourage soignant ou familial.

Enfin, l’approche de Malâge travaille à trois niveaux :

- Une étude des cadrages/cadres sociaux des expériences subjectives douloureuses et conduites suicidaires des hommes et des femmes âgés, en s’appuyant sur la littérature existante sur les normes d’âge, de genre, les représentations du vieillissement, des conduites suicidaires et sur un corpus propre permettant d’appréhender les éventuelles inflexions liées au contexte pandémique et au confinement (première partie).
- Une étude des visions et narrations que les professionnels et les personnes âgées identifiées comme en mal-être ou ayant réalisé des tentatives de suicide, que nous avons complétée par une analyse des parcours de vie pouvant conduire les personnes âgées à des configurations plus ou moins propices à l’expérience de mal-être ou à la tentative de suicide. Ce volet fait varier les conditions et modes de vie (à domicile, en Ehpa, en Ehpad notamment), en raison des représentations sociales dont ils sont les objets (valorisation du vieillissement au domicile rendant l’expression de plaintes difficiles, moindre surveillance médicale et psychologique des personnes âgées vivant à domicile, panique morale autour des Ehpad présentés comme lieux du mal-vieillir et dans le même temps particulièrement surveillés), mais aussi, des profils sociaux qu’ils sont susceptibles d’accueillir (les populations d’Ehpad sont tendanciellement plus âgées et dans un état de santé dégradée) (deuxième et troisième parties).
- Une étude des configurations sociales dans lesquelles les informateurs sont pris (ressources sociales, matérielles à disposition, types de relations de *care* dans lesquelles les hommes et les femmes enquêtés sont engagés) (quatrième partie).

3. Méthodologie de l’enquête de terrain

L’enquête ayant été conduite dans des contextes institutionnels et auprès de groupes sociaux différents, nous détaillerons les stratégies d’enquête développées pour chacun des terrains. Ces enquêtes, conduites par des chercheurs différents de l’équipe, à des moments différents du processus de réflexion, n’ont pas toutes accordé la même importance à l’expérience pandémique. Celles conduites au domicile et en Ehpad ont dû mettre l’accent sur

l'expérience pandémique pour éviter les effets de stigmatisation des informateurs ou l'inquiétude de professionnels, se sentant parfois mis en cause dans leur accompagnement des personnes âgées. L'enquête sur la population suivie par les dispositifs spécifiques de prévention du suicide a, elle, autorisé un autre abord mettant l'accent sur le parcours de vie et la genèse des difficultés subjectives rencontrées. Ces divers terrains ouverts confrontent également le lecteur à des informateurs aux positions objectivement hétérogènes comme nous le verrons.

3.1. L'enquête au domicile

Pour l'enquête à domicile, les personnes enquêtées ont été recrutées en regard de deux critères : d'une part, la possibilité d'échanger sur le vécu de la pandémie, d'autre part, des situations éventuellement douloureuses identifiées par les informatrices. L'intention était également de rassembler des récits de personnes issues de positions sociales et d'environnements géographiques et relationnels différents. Pour rencontrer ces personnes âgées, nous avons sollicité des intermédiaires : des femmes intégrées au sein du quartier périurbain dans lequel nous avons enquêté, rendant visite aux personnes âgées (sur ce territoire mais aussi au-delà) et proposant souvent des activités de proximité. La personne ayant joué ce rôle de relais exerce en tant que référente famille au sein d'un centre social et connaît plusieurs habitantes du fait d'une activité couture organisée dans un quartier populaire. Enfin, une enseignante d'activité physique adaptée, pratiquant en milieu rural dépourvu de services, a été également mise à contribution.

Les profils professionnels particuliers de ces deux relais expliquent le type d'étiquetage les ayant conduits à proposer des personnes à inclure dans l'enquête : références à des difficultés sociales (situations monoparentales, conjoints malades, faibles revenus) et à des parcours que la référente famille estime, par exemple, marqués par de lourdes charges de *care*.

In fine, 14 entretiens ont été réalisés avec 10 femmes et 4 hommes âgés de 72 à 83 ans, résidant pour une large part en milieu rural ou périurbain, issus de milieux populaires pour l'essentiel (5 ouvriers, 5 employés, 1 agriculteur, 1 clerc de notaire).

Pseudo	Lieu de vie	Milieu social	Sexe	Age	Étiquetage
Judith Petit	Périurbain	Ouvrière (atelier de couture)	Femme	78	Situation familiale compliquée étiquetée par le voisinage
Pierre Richard	Urbain (ville en milieu rural)	Machiniste (usine)	Homme	78	Situation d'isolement étiquetée par la famille
Yvette Richard	Urbain (ville en milieu rural)	Couturière à domicile (pour un magasin)	Femme	75	Situation d'isolement étiquetée par la famille et problèmes de santé
Louis Moreau	Périurbain	Clerc de notaire	Homme	80	Situation d'isolement étiquetée par le voisinage
Nicole Chevalier	Périurbain éloigné	Ouvrière (filature), ménages	Femme	87	Situation d'isolement étiquetée par une animatrice
Gilles Chevalier	Périurbain éloigné	Responsable d'atelier (garage)	Homme	82	Mari de la première
Colette Vallée	Périurbain	Poste administratif, secrétariat	Femme	84	Situation d'isolement et problèmes de santé repérés par une voisine
Bernadette Meunier	Rural (petit village)	Exploitante agricole	Femme	83	N.C
Christine Gauthier	Urbain (quartier défavorisé)	Secrétariat, CES	Femme	75	Situation de difficultés financières et parcours douloureux identifiés par l'animatrice
Solange Girard	Commune sur axe passant (quartier résidentiel)	Institutrice	Femme	80	N.C
Andrée Charon	Périurbain éloigné	N.C.	Femme	75	Situation de difficultés financières et parcours douloureux étiqueté par l'animatrice
Francine Gouin	Urbain (quartier défavorisé)	ATSEM	Femme	75	Idem

Odile Tesnière	Urbain (quartier défavorisé)	Ouvrière (teinturerie), CES	Femme	77	Idem
Serge Glinel	Urbain (quartier excentré)	Militaire	Homme	75	N.C

3.2. L'enquête en institutions gérontologiques

Le terrain en établissements spécialisés a été conduit dans deux lieux distincts.

3.2.1. Une résidence autonomie (Ehpa) publique

La résidence autonomie enquêtée est gérée par un CCAS. Nous sommes entrés en contact *via* une des cadres du CCAS ce qui, dans un contexte d'audit engagé par la tutelle municipale à la suite de la pandémie, a pu compliquer l'entrée sur le terrain. Nous sommes malgré tout parvenus à réaliser un premier *focus group* avec cinq professionnels : la responsable de la résidence autonomie, une animatrice et trois agentes polyvalentes. Nous avons également mené un entretien individuel avec la responsable.

Nous avons, enfin, réalisé un *focus group* avec trois résidents (un quatrième a rejoint le groupe en cours). Le recrutement a eu lieu de manière ouverte par voie d'affichage et de présentation orale de l'enquête à l'ensemble des résidents. Aucun n'avait réalisé de tentatives de suicide, en écho aux statistiques nationales³.

Nom	Prénom	Sexe	Age	Ancienneté de résidence	Diplôme et professions	Milieu social	Tentative de suicide
Dubois	Madeleine	Femme	76	6 ans	Professeure puis libraire	Intermédiaire	Non
Nicolas	Gilbert	Homme	71	5 ans	Agent d'accueil	Populaire	Non
Guillaume	Suzanne	Femme	84	12 ans	Vendeuse	Populaire	Non
Baron	Raymond	Homme	-	3 ans	-	Populaire	Non

3.2.2. Un Ehpad dans un hôpital gériatrique privé non-lucratif

L'Ehpad enquêté est un établissement privé non-lucratif se situant au sein d'un hôpital gériatrique d'une ville moyenne du Grand-Est. Nous sommes entrés par le biais d'une des psychologues de l'établissement qui nous a présentés aux équipes de l'Ehpad et nous a indiqué les résidents qui pourraient entrer dans le cadre de l'étude. Cela a des conséquences évidentes sur le type de personne rencontrée et sur les arguments en faveur de l'inclusion de ces personnes (jugées morbide, en perte d'élan vital, dépressive...). Nous avons ensuite pu parcourir l'Ehpad et aller directement au contact des personnes âgées. L'entretien était présenté comme portant sur l'histoire de vie et sur le quotidien en maison de retraite, avant et pendant le Covid, de manière à ne pas stigmatiser ou mettre en tension les informateurs. Il a été rappelé systématiquement le caractère non-obligatoire, anonyme et confidentiel de l'entretien.

Nous sommes entrés en contact avec une vingtaine de résidents et avons pu nous entretenir avec 16 d'entre eux, dont 13 en entretien individuel en chambre et 3 en *focus group* au PASA (*pôle d'activités et de soins adaptés*).

³ Selon les données Inserm-Cepidc 2020, le domicile est le principal lieu de décès par suicide, quel que soit l'âge et le sexe. La part des suicides féminins en maison de retraite tend à augmenter avec l'âge, en lien avec leur plus forte représentation aux âges avancés et leur plus grande présence dans les institutions gérontologiques (Burner, 2023, p. 11).

Nom	Prénom	Sexe	Age	Ancienneté de résidence	Diplôme et professions	Milieu social	Statut-matrimonial	Etiquetage de la psychologue	Tentative de suicide
Roustan	Denise	Femme	86	6 mois	Certificat d'études. Femme de chambre puis aide aux personnes âgées	Populaire	Veuve	- Tendance à mettre en échec l'équipe (refuse ou dévalorise les activités proposées) - Histoire et relations familiales compliquées - Exprime de l'ennui et de l'amertume - Atteinte de troubles cognitifs et anosognosique	Non
Martin	Monique	Femme	93	12 ans	Infirmière	Favorisé	Veuve (2008)	- A bien investi l'Ehpad et va bien - Vécu très difficile du confinement (idées noires)	Non
Laurent	Nicole	Femme	-	1 mois et demi	Certificat d'études. Ouvrière en usine	Populaire	Célibataire (compagne pendant 7 ans)	- Paranoïaque, délire de persécution et crise anxieuse (projection sur autrui d'un désir de mort ?) - Trajectoire familiale et parcours de vie difficile - Troubles cognitifs et du comportement (syndrome de Korsakoff)	Non
Durand	Jacqueline	Femme	89	2/3 ans	Baccalauréat, concours Cadre à La Poste	Favorisé	Veuve	- En deuil récent de sa fille - En deuil de ses capacités cognitives	Non
Isard	Françoise	Femme	87	-	Couturière	Populaire	Veuve	- En repli ("bloquée dans son lit")	Non
Albert	Christiane	Femme	-	-	-	-	-	-	Non
Bernard	Jeannine	Femme	95/99	1 an	Brevet supérieur. Mécanographe dans une banque	Favorisé	Veuve (2012)	- Explicite le fait qu'elle est en attente de la mort tout en maintenant un certain investissement - Plusieurs deuils difficiles	Non
Antony	Jean	Homme	94	Moins d'un an	Facteur	Intermédiaire	Veuf (2020/2021)	- Parkinson avec plusieurs chut, refus d'aide ("castration symbolique") - Perte d'élan vital massif quand il est fatigué - Relationnel familiale difficile	Non
Quere	Michel	Homme	71	1 mois et demi	Certificat d'études. Magasinier	Populaire	Compagne	- Peur de faire partie du groupe et angoisse liée à la perte de son statut et de sa masculinité (dans le déni de sa situation) - Beaucoup de pertes - Conflits familiaux	Non
Thomas	Claude	Homme	89	6 mois	Carrière militaire, puis employé dans la location de voiture	Intermédiaire / Favorisé ?	Marié (femme résidant en USLD)	- Dans le contrôle et la procédure (pour se divertir de ses angoisses ?) - Traumatismes militaires - Situation médicale précaire	Non
Grémiaux	Josette	Femme	92	3/4 ans	Infirmière	Intermédiaire / Favorisé ?	Veuve d'un concubinage	- Difficulté à s'alimenter alors qu'elle n'a pas de problème médicaux liés (prise de risque ?) - Beaucoup de perte alors qu'elle était très active - Isolée : peu de famille et "n'aime pas les autres"	Non
García	Marie	Femme	84	3 ans	-	Populaire	-	- Desespérée avec troubles anxio-dépressifs - Douleur - Sadique et agressive avec les soignantes - Isolement massif	Oui
Guinel	Anne	Femme	87	-	Pas de diplôme. Travail en Ehpad	Populaire ?	Veuve	- Se déprécie beaucoup et sans demande ("Je ne le mérite pas") - Parkinson et perte cognitive frontale - Difficulté familiale (risque masqué d'abandon ?)	Non
Rossi	Andrea	Femme	-	9 mois	Femme de ménage	Populaire	Veuve	- Tient des propos suicidaires (menace au chantage pour rentrer à domicile) - Une entrée en Ehpad qui marque une double séparation avec son domicile et sa fille - Persévère à vouloir rentrer chez elle et a du mal à investir l'Ehpad	Non
Claudiel	Thérèse	Femme	80	3 mois	Ouvrière d'usine	Populaire	Veuve	- Farouche aux autres et difficile à cerner - Assez isolée familialement, "n'aime pas les gens" et ne participe pas aux activités - A probablement été témoin ou victime de violences sexuelles incestuelles - Très endurcie - Cancer compliqué	Non
Rousseau	Geneviève	Femme	77	3 mois	Aide-soignante	Populaire	Divorcée	- Tentative de suicide par immolation (sa fille s'étant suicidée par immolation) - Vécu douloureux de sa mise sous tutelle - Refuse de mettre son oxygène malgré ses problèmes respiratoires - Profil difficile. Décompense un peu et maintien son idée de retourner à domicile	Oui

Du côté des professionnels, nous avons pu assister à 3 transmissions paramédicales. Un entretien collectif réunissant 13 intervenantes a été mené :

- Deux médecins gériatres
- Une psychologue
- Une assistante-sociale
- Deux infirmières (court séjour ; SSR)
- Deux aides-soignantes (Ehpad ; USLD)
- Une animatrice (Ehpad/USLD)
- Une secrétaire médicale
- Une représentante des usagers
- Une représentante des familles et bénévoles
- Une responsable de l'aumônerie catholique

Nous avons également réalisé des entretiens individuels avec deux des psychologues, un médecin gériatre et une aide-soignante.

Le faible nombre d'entretiens réalisés avec des personnels si hétérogènes ne permet pas de produire des résultats robustes s'agissant des déterminants biographiques ou professionnels pouvant infléchir les représentations que les personnels enquêtés ont du mal-être et du suicide des personnes âgées. Ils ont en revanche permis, d'une part, d'accéder à des situations de mal-être et à quelques situations de tentatives de suicide difficiles à repérer et, d'autre part, de contextualiser et d'explicitier les critères d'identification du mal-être mobilisés par les professionnels. Enfin, ce détour a permis une meilleure compréhension des inévitables biais de sélection des informateurs de l'enquête.

3.3. L'enquête auprès des personnes âgées suicidantes

Développée dans un second temps après autorisation d'un comité d'éthique (avis CER 2022-29, accréditation UL/DAJ 410-2022), l'enquête auprès des personnes âgées suicidantes constitue un volet spécifique du projet de recherche et a nécessité une préparation singulière sur laquelle il nous faut revenir. Au-delà des précautions éthiques et des démarches réglementaires qu'un tel projet ne manque pas de susciter, les choix relatifs à la délimitation, au repérage et au recrutement des populations suicidantes doivent être discutés afin de bien circonscrire la signification des termes employés et la portée de nos résultats. Le déroulement même de ce volet de l'enquête suscite des hypothèses concernant la suicidalité des personnes âgées et de ses ressorts.

3.3.1. Une population hétérogène et difficile d'accès

Pour saisir les choix méthodologiques adoptés, il convient de revenir sur le mode de désignation du suicidaire au sein du projet de recherche. La démarche qu'il a paru légitime d'adopter pour circonscrire la population d'enquête a été de délimiter la conduite suicidaire à partir d'une définition relationnelle de la suicidalité (Pisu, 2018). Il a en effet été question de considérer comme suicidaire les actes et conduites désignées ou susceptibles d'être désignées comme telles par le faisceau d'acteurs et d'institutions amenés à déterminer et/ou prendre en charge ces conduites. Cette définition permet de ne pas essentialiser la suicidalité — qui constitue une catégorie sociale et historique singulière que la démarche de recherche doit interroger en propre (Marsh, 2010 ; Jaworski, 2015), et de cerner dans le même temps une

gamme de conduites aux propriétés également singulières dont il s'agit de comprendre les ressorts⁴.

La démarche d'investigation a porté plus spécifiquement sur des dispositifs de soin dédiés à la prise en charge des conduites suicidaires, soit la réponse socialement organisée la plus légitime et la plus commune à notre connaissance. L'objectif était ici de favoriser le recrutement des individus suicidants, une population difficile d'accès de manière générale (Canevascini, 2012 ; Le Moigne et Morgiève, 2021 ; Pisu, 2018). Deux dispositifs ont été sélectionnés à cet effet. D'une part, la mobilisation du dispositif Vigilans a paru évidente en raison du caractère généraliste de ce dispositif. En effet, toutes les personnes suicidantes prises en charge en France par les services hospitaliers ou la médecine libérale sont supposément adressées à ce dispositif en vue de prévenir la récurrence suicidaire. D'autre part, la mobilisation d'un dispositif de prise en charge ambulatoire dédié aux troubles psychiques chez le sujet âgé a paru pertinente afin d'améliorer le recrutement de la population cible, en raison notamment de l'adhésion préalable et/ou de la proximité des patients au dispositif de prise en charge. Ces deux dispositifs étaient situés essentiellement au sein de la région Grand-Est.

Ces choix méthodologiques impliquent évidemment des biais conséquents dans le recrutement de la population suicidante. La sélection de dispositifs hospitaliers dédiés à la prise en charge des populations suicidantes fait d'abord porter le risque d'une invisibilisation des conduites qui n'ont pas été prises en charge au sein du système de santé. Ce risque a été maîtrisé par la multiplicité des modalités de recrutement de population de plus de 65 ans au sein de lieux diversifiés (Ehpad, Ehpa, domicile). Sur les 14 entretiens réalisés et exploitables auprès de personnes suicidantes de plus de 65 ans, un n'est pas issu des dispositifs précités et a par ailleurs été pris en charge par le système de santé au moment de la tentative. Ce constat suggère 1) soit la rareté des gestes suicidaires non pris en charge par le système de soin, 2) soit la difficulté de dévoilement de ce type de conduite : deux entretiens issus d'un recrutement en Ehpad, à ce titre, ont révélé des conduites suicidaires potentielles, mais la difficulté à revenir durant l'entretien sur la conduite suicidaire ou l'état psychologique des personnes n'a pas permis d'exploiter ces situations. La méthode envisagée paraît malgré tout pertinente au sens où elle a autorisé un recrutement hors des dispositifs dédiés, tout en maximisant la quantité de récits disponibles pour l'analyse.

Pour autant, le dispositif de recherche induit deux autres difficultés majeures. D'une part, le recrutement des personnes suicidantes à partir du dispositif Vigilans s'effectuait par courrier postal : il est probable ici que l'entremise de tiers (personnels des Ehpad, familles) dans l'ouverture des correspondances ait limité la participation à l'enquête, particulièrement pour les personnes considérées comme fragiles. Ce mode de recrutement reposait par ailleurs sur l'initiative de la personne sollicitée pour recontacter l'enquêteur, soit une démarche plus complexe pour les personnes en perte d'autonomie. D'autre part, le recrutement des personnes suicidantes à partir du dispositif ambulatoire dédié aux personnes âgées implique une population singulière, dès lors que l'admission à ce dispositif suppose l'adhésion au soin psychiatrique. Les personnes recrutées dans ce cadre, cependant, ne connaissent pas nécessairement un parcours de soin psychiatrique long et certaines rencontrent pour la première fois ce type d'institution : les personnes recrutées étaient adressées au service à l'issue d'une hospitalisation en psychiatrie ou depuis leur domicile, par l'intermédiaire de leur médecin traitant ou à la suite d'une intervention à domicile.

⁴ Georg Simmel (2011) a procédé de manière similaire quand il a voulu traiter sociologiquement de la pauvreté. En effet, malgré l'existence de processus socio-économiques ayant des effets bien réels sur les individus et qu'il s'agit de comprendre en propre, est sociologiquement pauvre, selon Simmel, celui qui reçoit, ou est en droit de recevoir, l'assistance des groupes d'appartenance auxquels il est affilié ou des institutions prévues à cet effet.

3.3.2. Une population jeune et vivant à domicile

Les biais précités expliquent en partie la distribution des âges au sein de notre panel de 14 personnes suicidantes de plus de 65 ans. Si le dispositif Vigilans a en effet permis l'inclusion de 8 personnes suicidantes, on constate une surreprésentation très forte des personnes dont l'âge est compris entre 65 et 75 ans : 1 seule personne de plus de 75 ans a été incluse par ce canal. Cette surreprésentation des 65-75 ans n'est pas observable parmi les personnes recrutées via le service ambulatoire dédié aux personnes âgées, les moins de 75 ans représentant 2 personnes sur 5. La seule personne suicidante recrutée à domicile a moins de 75 ans. Au total, donc, 70 % de l'échantillon des personnes suicidantes sont âgées de moins de 75 ans ; la moyenne d'âge est de 73,6 ans ; la médiane est à 72 ans. Si la surreprésentation des âges jeunes est nette, la distribution des âges à la dernière tentative de suicide connue est plus jeune encore et mérite d'être discutée. Sur les 14 personnes suicidantes recrutées, l'âge à la dernière tentative de suicide est en moyenne de 71 ans, la médiane se situant à 69 ans. Autrement dit, notre échantillon concerne d'abord des tentatives de suicide perpétrées avant l'âge de 75 ans. Finalement, 3 personnes seulement ont réalisé une tentative passé 75 ans, dont 1 après 85 ans.

Certaines tendances des conduites suicidaires en général peuvent expliquer ces difficultés de recrutement. Selon les données statistiques relatives aux suicides et aux tentatives de suicide, en effet, si les décès par suicide sont particulièrement importants après 75 ans, les taux de tentative demeurent relativement stables et bas après 65 ans (Observatoire National du Suicide 2020). Or, les effectifs de la population française se raréfiant après 75 ans en France, le recrutement de cette classe d'âge paraît naturellement plus compliqué. Notre échantillon représente par ailleurs de façon massive les personnes vivant à domicile au moment de leur dernière tentative de suicide, et ce, quel que soit l'âge de survenue de la conduite suicidaire. 1 seule personne (recrutée via Vigilans) résidait en Ehpad lors de sa dernière tentative, réalisée à l'âge de 69 ans. Parmi les deux personnes recrutées en Ehpad avec un passif de tentative de suicide non exploitable (et donc non incluses dans l'échantillon de 14 suicidants), l'âge à la tentative était inconnu ou la tentative avait eu lieu lorsque la personne résidait à domicile. Au-delà du biais de recrutement, deux hypothèses pourraient expliquer la rareté des tentatives en Ehpad au sein de notre échantillon.

Une première hypothèse consiste à penser notre biais d'échantillonnage comme un miroir grossissant des dynamiques déjà observables dans la suicidalité des âgés en général. La surreprésentation des personnes vivant à domicile au sein de notre échantillon reflèterait, en quelque sorte, la rareté des conduites suicidaires des personnes placées en institution par rapport à la population âgée en général. Ce que confirme les données produites par Mathieu Burner, stagiaire du projet.

Tableau 2. Suicides selon le sexe, l'âge et le lieu de décès en 2020 (en pourcentage)

Age	65-74 ans		75-84 ans		85 ans et plus	
Lieu de décès	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Domicile	71,8	60,8	74,0	56,2	72,7	50,7
Milieu hospitalier	10,0	18,6	13,4	17,6	13,4	25,7
Maison de retraite	1,2	2,0	2,1	5,6	6,8	13,2
Autre	17,0	18,6	10,5	20,6	7,2	10,4

Source • Inserm-Cépidc, 2020.

Champ • Personnes âgées de 65 ans et plus décédées par suicide durant l'année 2020 en France métropolitaine.

Lecture • Parmi les suicides d'hommes âgés entre 75 et 84 ans, 13,4 % ont eu lieu en milieu hospitalier.

En sorte que le biais d'échantillonnage aura essentiellement affecté la distribution selon l'âge, tandis que le contexte de vie au moment de la tentative serait finalement assez caractéristique de la population cible. Une seconde invite, au contraire, à considérer que ce biais d'échantillonnage reproduit à l'excès une certaine invisibilisation des conduites suicidaires parmi les âgés résidant en institution. Deux explications sont dès lors possibles. D'une part, ces tentatives de suicide conventionnelles (par médicaments, phlébotomie, tentatives de pendaison ou de défenestration, etc.) seraient masquées ou minorées par les professionnels, tués par les résidents, et l'enquête auprès des Ehpad n'aurait pas été en mesure de les repérer. D'autre part, l'invisibilité des conduites suicidaires des personnes âgées en institution découlerait d'expressions et d'actes suicidaires atypiques et peu lisibles au regard des représentations habituelles de la suicidalité, et dès lors mal compris par les professionnels des établissements et les professionnels de santé.

Les données statistiques tendent à étayer la première hypothèse. Parmi les suicides enregistrés en 2015 en France pour les personnes de plus de 65 ans, la part des décès ayant lieu en Ehpad est faible, bien qu'une partie des personnes décédant par suicide à l'hôpital soit susceptible de résider initialement en Ehpad (Nirello, 2020). La majorité des conduites suicidaires des personnes de plus de 65 ans seraient ainsi d'abord réalisées hors d'un cadre institutionnel, ce qui n'empêche pas, par ailleurs, une possible surmortalité par suicide en Ehpad (Casadebaig, Ruffin et Philippe, 2003). Les données issues de notre panel de 14 personnes suicidantes doivent donc être considérées avec précaution même si elles semblent *a priori* bien représenter la majorité des conduites suicidaires des âgés en France, généralement prises en charge par le système de soin, dont les problématiques semblent s'organiser d'abord dans le cadre d'une vie hors institution. Bien que les moyens mobilisés soient caractéristiques des conduites suicidaires non-létales (intoxication médicamenteuse, phlébotomie) renforçant le sentiment qu'il s'agirait là d'une population assez éloignée de la population des personnes suicidées, on observe une diversité de profils, de démarches, de motifs et de problématiques susceptibles de nous renseigner sur les enjeux des conduites suicidaires après 65 ans de façon générale.

Enfin, l'enquête conduite auprès des professionnels et personnes âgées s'est accompagnée d'une étude documentaire plus large des cadrages médiatiques et politiques des expériences de mal-être et de suicide des personnes âgées, tenant compte du contexte pandémique durant lequel le travail a été réalisé. La présentation du corpus et son analyse seront réalisées dans la partie suivante.

Tableau 1 : Panel de 14 personnes suicidantes

Individus	Recrutement	Age	Lieu de vie	Origine socio-professionnelle	Métier	Statut matrimonial	Tentatives réitérées	Niveau de diplôme	Âge à la dernière tentative
Mr Thibaud	VigilanS	68	Domicile	Populaire	Infirmier	Veuf	Non	Brevet de capacité	66
Mme Voltaire	VigilanS	81	Domicile	Moyenne/supérieure	Infirmière	Veuve	Non	Brevet de capacité	79
Mme Starke	VigilanS	67	Domicile	Moyenne/supérieure	Cadre (secteur social)	Divorcée	Non	Bac +2	66
Mme Espérance	VigilanS	71	Domicile	Moyenne/supérieure	Coiffeuse et auxiliaire de vie	Célibataire	Non	CAP	70
Mr Michel	Dispositif PA	83	EHPAD	Populaire	Adjoint de direction	Marié	Non	BAC	78
Mme Perrin	Autre	72	Domicile	Populaire	Brodeuse	Veuve	Non	Certificat d'étude	66
Mme Bonnet	Dispositif PA	73	Domicile	Populaire	Secrétariat	Mariée	Oui	Sans diplôme	73
Mme Höllen	VigilanS	73	Domicile	Populaire	Enseignante du secondaire	Célibataire	Oui	Master	72
Mr Duault	VigilanS	66	Domicile	Populaire	Aide-soignant	Célibataire	Oui	CAP	65
Mme Alvarez	Dispositif PA	75	Domicile	Populaire	Travailleuse domestique	Veuve	Oui	Sans diplôme	65
Mme Forschen	Dispositif PA	71	Domicile	Moyenne/supérieure	Gestion et secrétariat	Concubinage	Oui	CAP	67
Mme Nabi	VigilanS	70	EHPAD	Moyenne/supérieure	Esthéticienne, auxiliaire de vie et restauration	Divorcée	Oui	BEPC	69

Mme Petite	Dispositif PA	88	Domicile	Moyenne/supérieure	Aucun	Mariée	Oui	Sans diplôme	86
Mme Montet	VigilanS	69	Domicile	Populaire	Secrétariat et direction commerce	Divorcée	Oui	BTS	69

PREMIERE PARTIE. LES CATEGORISATIONS MEDIATIQUES ET POLITIQUES DU MAL-ETRE DES PERSONNES AGEES EN CONTEXTE PANDEMIQUE

Prenant appui sur la sociologie des problèmes publics, cette première partie analyse les types de récits médiatiques, politiques et scientifiques produits sur les vulnérabilités psychiques des aînés et les risques de suicide : quelles sont les visions portées dans les textes officiels (consignes du conseil scientifique, du ministère des Solidarités et de la Santé, avis du CCNE), mais aussi dans des déclarations médiatiques quasiment quotidiennes ? Quels traitements du mal-être et du suicide des personnes âgées en situation de Covid dans les politiques de prévention du suicide et dans les espaces d'expertise qui y ont associés⁵ ? Quels supports supposés de la reconquête de leur bien-être (la restauration de leurs droits à une vie familiale, privée, etc.) ?

Ces catégorisations sont étudiées dans leur variation temporelle, professionnelle, institutionnelle et spatiale :

- Temporelles : diverses séquences de la crise ouvrant la porte à des paniques morales distinctes
- Professionnelles et institutionnelles : quelles disciplines et quels segments professionnels ont pris la parole sur quoi ? Quelles catégorisations selon qu'elles concernent des Ehpad, des résidences autonomie, les domiciles ?
- Spatiales (focale sur les Ehpad et silence sur les autres lieux d'expression des souffrances des aînés) : en faisant varier les lieux de vie, mais aussi des configurations spatiales ayant pris une grande importance en période pandémique. Selon les configurations des Ehpad, les confinements en chambre ont pu être évités au profit d'un « zonage » qui a préservé des formes de mobilité et de relations sociales, mais a aussi conduit à des changements d'espace de vie problématiques.

1. Présentation du corpus

Tentant de comprendre les entrecroisements existants entre les lectures médiatiques et politiques des expériences subjectives douloureuses des personnes âgées durant la pandémie, ce corpus se constitue de la documentation médico-administrative et éthique, d'une part, et de la presse quotidienne nationale⁶.

Le premier corpus rassemble les orientations données par le ministère des Solidarités et de la Santé et le Conseil scientifique Covid-19 ainsi que les avis rendus par le CCNE sur un certain nombre de questions impliquant la vie des personnes âgées en contexte pandémique à l'échelle nationale. Il a été complété des documents de cadrage émanant de l'ARS, des acteurs locaux des politiques gérontologiques et de prévention du suicide (CCAS, Conseils Départementaux, Associations, dispositif téléphonâge, CMP...).

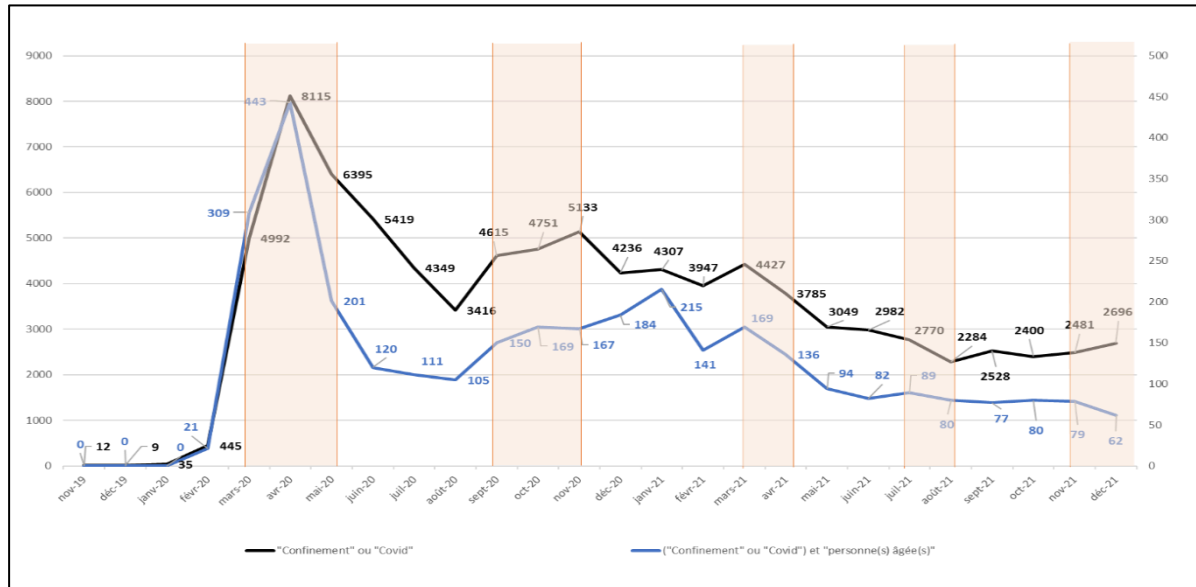
Le second corpus médiatique a été constitué par Pauline Launay, à partir de la base de données Europresse en recherchant les publications, sur la période de février 2020 à décembre 2021, qui croisent le terme de « personne âgée » (pluriel ou singulier) et celui de

⁵ Voir notamment la place faite au suicide des personnes âgées par les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27 et 28 septembre 2021.

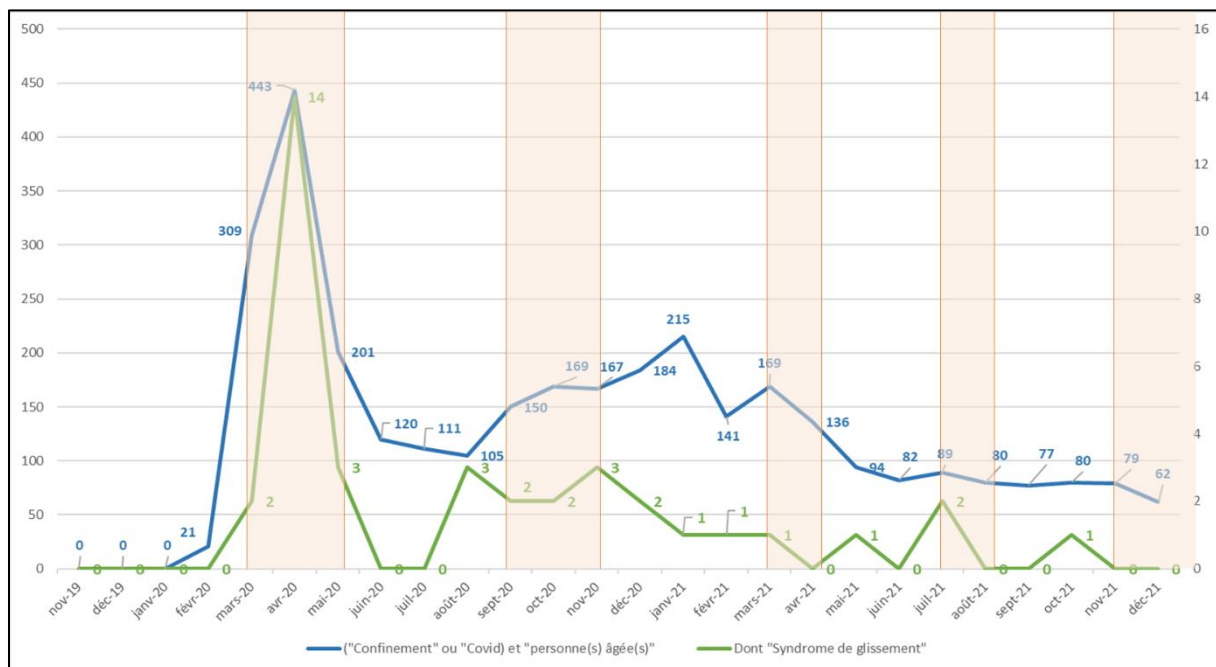
⁶ Sur Europresse, la « presse quotidienne nationale » regroupe : « France – Presse nationale » en source regroupe treize titres : *AGEFI Quotidien, L'Édition de 14 h* ; *AGEFI Quotidien, L'Édition de 18 h* ; *AGEFI Quotidien, L'Édition de 7 h* ; *Aujourd'hui en France* ; *La Correspondance économique* ; *La Croix* ; *Les Échos* ; *Les Échos, Avis financiers* (français) ; *Le Figaro* ; *L'Humanité* ; *Libération* ; *Le Monde* ; *La Tribune* (France).

« confinement » ou le terme de « personne âgée » (pluriel ou singulier) et celui de « Covid ». Nous avons ensuite constitué un sous-corpus ciblant le « syndrome de glissement » assimilé par certains acteurs à des conduites suicidaires et mobilisé, sur le terrain enquêté, par des soignants et directions d'Ehpad confrontés aux pressions des familles durant les confinements.

La part des articles mentionnant les personnes âgées parmi ceux évoquant le confinement ou le Covid-19 par découpage mensuel de novembre 2019 à décembre 2021 dans la presse quotidienne nationale



La part des articles mentionnant le syndrome de glissement parmi le corpus croisant « personnes âgées » et « confinement » ou « Covid-19 » par découpage mensuel de novembre 2019 à décembre 2021 dans la presse quotidienne nationale



Lors de l'analyse de ce corpus, nous sommes intéressés à la façon dont les media ont traité du confinement des personnes âgées (de ses raisons, de ses enjeux, de ses conséquences) en Ehpad, Ehpa ou au domicile : Combien d'articles publiés ? Sur quels types de situations ? Avec quels arguments ? En référence à quelles conceptions du mal-être ? À quels moments de

la pandémie ? Comment ces articles ont-ils évolué au cours de la crise ? À quel moment et dans quel espace le mal-être des personnes âgées est-il relié aux risques suicidaires ?

Comme en témoignent ces schémas, le rythme des publications est marqué par trois pics – en avril 2020, novembre 2020 et mars 2021 – correspondant aux trois périodes de confinement⁷. La courbe du sous-corpus « syndrome de glissement » suit celle des articles traitant du confinement ou du Covid chez les personnes âgées. Ces trois pics de publication correspondent cependant à des modes de traitement médiatique fort différents.

2. Les registres de mise en sens : la constitution publique du problème du mal-être chez les personnes âgées au début de la pandémie

Au mois de février, 17 articles croisent les thèmes de la crise sanitaire et des personnes âgées, cela uniquement sous l'angle de leur plus forte vulnérabilité face au virus. Au cours du mois de mars 2020, 32 articles dans la presse quotidienne nationale traitent de manière centrale la question des personnes âgées⁸ face aux mesures de confinement, très majoritairement de celles vivant en Ehpad. La question fait deux fois la « Une » : le 5 mars 2020 au journal *Le Monde* et le 26 mars 2020 au *Figaro*.

2.1. Vulnérabilité face au virus et relatif consensus autour des mesures sanitaires préventives ciblant les personnes âgées

2.1.1. Les personnes âgées comme catégorie la plus vulnérable au virus

La veille sanitaire Covid-19 est déclenchée en France le 2 janvier 2020 avec la confirmation des trois premiers cas de Covid-19 sur le sol français le 24 janvier 2020. Le premier article traitant de la crise sanitaire et évoquant les « personne(s) âgée(s) » sort le 6 février 2020 dans *Le Monde*. Jusqu'au 3 mars, les 17 premiers articles du corpus font uniquement état de la vulnérabilité particulière des personnes âgées à la Covid-19⁹ – l'âge ayant été identifié de manière précoce comme un des facteurs de risque de complication et de décès pour les patients atteints par le coronavirus¹⁰.

⁷ Les périodes de confinement sont les suivantes : du 17 mars au 11 mai 2020 non inclus, soit 1 mois et 25 jours ; du 30 octobre au 15 décembre 2020 non inclus, soit 1 mois et 15 jours ; du 3 avril au 3 mai 2021 non inclus.

⁸ *Le Figaro* (10) ; *Aujourd'hui en France* (5) ; *Le Monde* (5) ; *L'Humanité* (4) ; *La Croix* (4) ; *Libération* (3) ; *La Tribune* (2).

⁹ Cette unique évocation de l'âge comme facteur de risque face au coronavirus dans les articles constitue la majeure partie du corpus extrait. Nous les avons retirés du corpus analysé.

¹⁰ L'âge chronologique renvoie en fait ici souvent à des états de fragilité physiologique dont la prévalence augmente avec l'avancée en âge. Cette articulation âge chronologique-niveaux de fragilité, que l'on rencontre dans les travaux de santé publique, a pu donner ensuite lieu à des usages plus essentialisés de l'âge chronologique qui ont été discutés dans les médias – notamment à l'occasion des propositions de gestion différentielle du déconfinement par groupe d'âge.

Date de parution	Journal	Titre
02/01/2020		Déclenchement d'une veille sanitaire Covid-19 au Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales.
24/01/2020		Confirmation des trois premiers cas de Covid-19 sur le sol français.
06/02/2020	Le Monde	Les mesures de confinement s'étendent en Chine
12/02/2020	Libération	«Diamond Princess» : le Covid-19 a atteint sa vitesse de croisière
14/02/2020		Premier décès Covid-19 chez un patient de 80 ans.
19/02/2020	Le Figaro	Coronavirus : une photographie plus précise de l'épidémie
19/02/2020	Libération	Covid-19 : le Japon contaminé par la crise du «Diamond Princess»
24/02/2020	Le Monde	A Séoul, des rassemblements interdits pour cause d'infection
25/02/2020	L'Humanité	L'OMS s'inquiète du risque de pandémie
27/02/2020	Libération	Le coronavirus de A à Z
27/02/2020	Aujourd'hui en France	Quelles différences avec la grippe
27/02/2020	Les Echos	Branle-bas de combat au gouvernement face à l'épidémie
28/02/2020	La Croix	Explication. Comment se protéger du Covid-19
29/02/2020		Passage au stade 2 du Plan de prévention et de gestion de la crise sanitaire.
29/02/2020	Le Figaro	Covid-19, l'épidémie s'installe dans la cacophonie
29/02/2020	Aujourd'hui en France	Ces bons gestes à adopter
01/03/2020	Aujourd'hui en France	Coronavirus. Ce que changent les nouvelles mesures
02/03/2020	Les Echos	L'Italie débloque 3,6 milliards pour voler au secours de ses entreprises
03/03/2020		Réunion entre le Ministère de la Santé et le secteur médico-social
03/03/2020	Le Monde	Après des semaines d'apathie, le Japon engage la bataille contre l'épidémie
03/03/2020	Aujourd'hui en France	Toujours plus de malades et des mystères
03/03/2020	Aujourd'hui en France	« Oui, des enfants vont être contaminés mais... »
03/03/2020	Aujourd'hui en France	3e décès. « Elle avait un caractère bien trempé »

À l'occasion du troisième décès dû à la Covid-19, un premier article brosse le portrait de cette résidente d'Ehpad de 89 ans : « 3^e décès. "Elle avait un caractère bien trempé" », *Aujourd'hui en France*, 3 mars 2020.

2.1.2. Visibilisation des conditions de travail et du manque de protection dans les Ehpad

La première quinzaine de mars est marquée par les premières mesures sanitaires qui ciblent spécifiquement les personnes âgées (perçues comme les plus vulnérables aux formes graves du virus), notamment vivant en Ehpad et USLD (la vie en collectivité étant un facteur de risque de propagation du virus). Il semble y avoir un relatif consensus scientifique et politique à la protection prioritaire des personnes vulnérables et les personnes âgées sont exclusivement pensées à cet aune.

La presse quotidienne nationale se fait l'écho de ces premières mesures. Cette formulation des enjeux du Covid pour les personnes âgées est essentiellement portée par des acteurs associations et des fédérations professionnelles.

Mardi 3 mars 2020 :	Réunion entre le Ministère de la Santé et le secteur médico-social. « 3e décès. "Elle avait un caractère bien trempé" », <i>Aujourd'hui en France</i> . « Coronavirus : la logistique se met en place face à l'épidémie », <i>Le Figaro</i> .
Mercredi 4 mars 2020 :	« Les Ehpad dans l'œil du cyclone », <i>L'Humanité</i> . « Coronavirus. Protégeons nos anciens », <i>Aujourd'hui en France</i> . « La santé garde son sang-froid », <i>Libération</i> .
Judi 5 mars 2020 :	Allocution présidentielle : « une épidémie inexorable ». « Coronavirus. Les Ehpad sur le pied de guerre contre l'épidémie » (Une) ; « Face à l'avancée du coronavirus, l'inquiétude gagne les Ehpad », <i>Le Monde</i> .

Ainsi, du 3 au 5 mars, les six premiers articles traitant des mesures sanitaires relatives aux Ehpad s'appuient, en effet, principalement sur des sources associatives ou des fédérations

propres aux secteurs hospitalier, médico-social et gériatrique¹¹. Ces derniers appellent à des mesures de protection en Ehpad et à une clarification des protocoles (sur les tests, les transferts, etc.) ; ils soulignent également le manque de moyens humains et techniques. Il n'y a aucune remise en question des mesures de protection, voire un regret de leur arrivée tardive.

« Face à l'avancée du coronavirus, l'inquiétude gagne les Ehpad », *Le Monde*, 5 mars 2020

Les personnels d'établissements accueillant des personnes âgées déplorent le manque de consignes au niveau national

Béatrice Jérôme

[...]

« Du retard à l'allumage »

[...] Face à la propagation du coronavirus, les professionnels attendent des messages clairs des pouvoirs publics pour proposer des réponses graduées selon le nombre de cas dans un Ehpad et les capacités d'accueil des hôpitaux : que faire si un résident en Ehpad est contaminé ? Doit-il être hospitalisé ? Comment le soigner sur place ? « On ne peut plus attendre », insiste Marc Bourquin, conseiller stratégie de la Fédération hospitalière de France. Il nous faut une doctrine nationale très vite. » « Mardi, on a posé beaucoup de questions, mais on n'a pas eu toutes les réponses », résume Jean-Christian Sovrano, directeur de l'autonomie à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs.

« Il faut sécuriser nos salariés »

L'inquiétude est forte concernant l'approvisionnement en masques. « Nous avons des stocks pour tenir entre quinze jours et quatre semaines selon les établissements. Mais à quel moment allons-nous être prioritaires pour les réassorts ? s'interroge Mme Arnaiz-Maumé, au nom du Synerpa. Si un résident est touché par le virus, il faudrait l'équivalent de 150 masques très protecteurs (FFP2) chaque jour dans un établissement de 100 lits. » [...]

2.2. Les « risques » du confinement : l'irruption du mal-être

Vendredi 6 mars 2020 :	Activation du Plan bleu dans les Ehpad (réquisition de personnel et mesures de restriction des visites extérieures : horaires limités et interdiction des mineurs et des majeurs symptomatiques).
Lundi 9 mars 2020 :	« Dans les Ehpad de France, protéger sans rompre les liens », <i>La Croix</i>
Mardi 10 mars 2020 :	Constitution du Conseil scientifique Covid-19. La présidence est assurée par Jean-François Delfraissy, immunologue et président du Comité consultatif national d'éthique (qui suspend cette fonction le temps de sa présidence du Conseil).

Hormis deux brèves remarques sur le « risque d'isolement¹² » et « les risques de dérapages éthiques¹³ », la question des répercussions psychologiques des mesures sanitaires sur

¹¹ ADPA, Synerpa, « responsables d'Ehpad », directeurs Ehpad, Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs, ADMR, syndicats du secteur de la santé.

¹² Seul l'article « Coronavirus. Protégeons nos anciens » d'*Aujourd'hui en France* termine en interrogeant le risque d'un isolement plus grand des personnes âgées du fait de la limitation des visites de proches, à quoi un médecin gériatre répond que si « le lien social est très important pour leur moral », ces limitations « ne seront pas éternelles et les outils numériques pourront aider à maintenir le lien ».

¹³ L'article « La santé garde son sang-froid » (*Libération*, 4 mars 2020) se termine ainsi : « Reste en suspens un point rarement abordé : les risques de dérapages sont aussi éthiques, car les personnes âgées ont rarement leur mot à dire dans leur prise en charge. »

les résidents en Ehpad n'apparaît que 9 mars 2020 dans un article de *La Croix*, intitulé « Dans les Ehpad de France, protéger sans rompre les liens » :

Si des représentants de Synerpa et de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements (Fnadepa) regrettent le retard des mesures et demandent clarification pour anticiper une potentielle aggravation de l'épidémie, dans la continuité de leur prise de parole publique, Synerpa s'interroge sur l'isolement des patients Alzheimer qui risque d'être maltraitant.

L'article développe ensuite l'idée que ces enjeux ne sont pas que sanitaires, mais aussi éthiques. Un directeur d'Ehpad s'inquiète ainsi de la durée des mesures et de l'arrêt des « marques de tendresse essentielles au moral » et pointe la nécessité d'être vigilant à ne pas arrêter la vie sociale. L'association *Les petits frères des Pauvres* insiste également sur le caractère anxiogène de la crise pour les personnes âgées et la nécessité de ne pas rompre les liens.

S'ensuivent 4 articles du *Figaro* (du 11 au 15 mars 2020) qui donnent la parole pour la première fois à des résidents, proches et professionnels de santé exerçant en Ehpad et à domicile. Sans remettre en question le fond des mesures de protection, l'isolement des personnes âgées est pointé comme comportant un certain nombre de risques pour leur santé (dénutrition) et leur moral (anxiété, dépression, *etc.*) ainsi que pour leurs droits (balance sécurité/liberté).

Mercredi 11 mars 2020 : Suspension de l'intégralité des visites de personnes extérieures à l'établissement en Ehpad et USLD. Si des exceptions sont autorisées, c'est néanmoins la première mesure officielle qui introduit la notion de confinement et elle cible précisément les personnes âgées en Ehpad.

OMS reconnaît l'état de pandémie.

« Solitude et inquiétude, la double peine des personnes âgées face au coronavirus », *Le Figaro*.

Jeudi 12 mars 2020 : Allocution du Président de la République justifie ces mesures spécifiques en soulignant qu'il faut avant tout « protéger les plus vulnérables, c'est la priorité absolue ». Il appelle notamment les personnes âgées de plus de 70 ans à « rester autant que possible à domicile » et à « limiter leurs contacts au maximum ».

« Dans les Ehpad, les visites aux personnes âgées sont désormais interdites », *Le Figaro*.

Vendredi 13 mars 2020 : Contribution du CCNE à la lutte contre COVID-19 : « Enjeux éthiques face à une pandémie sur saisine du ministre des Solidarités et de la Santé ».

France Alzheimer adresse un courrier au ministre en charge de la santé pour pointer la nécessaire vigilance des effets de la suspension des visites en Ehpad sur le bien-être des personnes âgées et l'évolution des troubles cognitifs.

« "On est enfermés" : les personnes âgées face à l'interdiction des visites », *Le Figaro*.

Samedi 14 mars 2020 : Passage au stade 3 du Plan de prévention et de gestion de la crise sanitaire.

Avis provisoire du Haut Conseil de la Santé publique : entérine le fait que l'âge est un facteur de risque (« plus grande fréquence documentée des complications du Covid-19 chez les patients atteints de pathologies chroniques [...] ou de cancer, et chez les personnes âgées de plus de 70 ans »).

Foire aux questions de la DGCS.

« En cas de pénurie de lits, le Comité d'éthique cherche des solutions », *Le Figaro*.

Deux articles (« Solitude et inquiétude, la double peine des personnes âgées face au coronavirus », 11 mars 2020 ; « “On est enfermés” : les personnes âgées face à l’interdiction des visites », 13 mars 2020) se basent sur des témoignages des résidents d’Ehpad et des proches

Si la parole des résidents est plurielle (inquiétude, mécontentement, acceptation...), les témoignages de proches sont plus marqués par l’inquiétude des effets délétères de l’isolement sur leurs parents (« J’ai peur que ces mesures drastiques entraînent un sentiment d’abandon très fort chez les personnes âgées, des dépressions, des arrêts de nutrition ») et le manque de personnel auquel ils pallient habituellement.

Si l’association *Les petits frères des Pauvres* dit comprendre la nécessaire protection, elle se fait le relais de personnes âgées inquiètes, déçues ou encore « en larme » et insiste sur l’attention à porter à l’isolement et la nécessité de mettre en œuvre des moyens pour lutter contre (profiter des visites autorisées, téléphone, carte postale).

Les professionnelles (aide-soignante, cadre de santé) interrogées soulignent, elles, la nécessité de telles mesures ; une infirmière à domicile, spécialisée en gériatrie témoigne tout de même de l’anxiété des personnes âgées dont elle s’occupe. L’ADPA (présente dans les deux articles), en accord avec les mesures prises, insiste tout de même sur la nécessité d’équilibrer la sécurité et la liberté.

L’article du 12 mars 2020 (« Dans les Ehpad, les visites aux personnes âgées sont désormais interdites ») relate les propos d’Olivier Vèran qui déclare que si « cette décision » [d’interdire les visites en Ehpad] était inéluctable, il a « conscience de l’isolement que cela représente ». Le 13 mars 2022, en écho aux diverses prises de position dans les media, le CCNE publie son avis « Enjeux éthiques face à une pandémie » qui répond à la saisine du ministre des Solidarités et de la Santé. Il décale le regard en insistant sur le maintien des relations familiales, dans un contexte de tension croissante sur le terrain, plus que sur l’entretien de relations avec les pairs d’âge.

Si le CCNE reconnaît que les mesures interdisant les visites dans les Ehpad visent à protéger des personnes « particulièrement vulnérables » et « sont nécessaires en termes de santé publique », il est toutefois souligné la nécessité éthique de les accompagner de mesures luttant contre l’isolement social des personnes âgées. En particulier est pointée l’importance de maintenir le lien social, *notamment entre différentes générations et pas uniquement entre personnes âgées* (les mesures de protection « ne dispensent pas de trouver des solutions innovantes permettant d’éviter la rupture du lien intergénérationnel sur de trop longues périodes »).

Comme nous le verrons dans l’enquête, ce sont pourtant ces relations horizontales qui s’avèrent particulièrement structurantes des expériences des personnes âgées. L’article du lendemain (« En cas de pénurie de lits, le Comité d’éthique cherche des solutions ») relaie ce premier avis du CCNE sur la crise sanitaire. Concernant l’interdiction des visites en Ehpad, il est relayé les enjeux d’arbitrage « entre les principes de liberté et sécurité » et le fait que bien que nécessaire, une telle mesure est « “très difficile à accepter sur le plan humain » et ne peut qu’« être maintenue que “sur une durée limitée” ».

2.2.2. Une « psychologisation par le bas » des risques du confinement en Ehpad

Le 14 mars 2020 toujours, la question du mal-être des personnes âgées (en Ehpad) apparaît pour la première fois dans le corpus constitué, à l’initiative de l’administration de la santé et sur un registre pratique (en réponse aux interpellations du terrain). La question émerge, en effet, dans le cadre d’une « Foire aux questions de la DGCS » qui précise les situations exceptionnelles pouvant autoriser des visites familiales en Ehpad et devant être appréciées au cas par cas par le directeur d’établissement :

« Peuvent constituer des motifs d'autorisation exceptionnelle, sans que cette liste soit limitative : une situation de fin de vie ; une décompensation psychologique ; un refus de s'alimenter qui ne trouve pas de réponse au sein de l'établissement. »

Deux articles du *Monde* y feront suite en évoquant pour la première fois le « syndrome de glissement » ; cinq autres articles dans divers journaux paraissent dans les jours qui suivent et se centrent sur les effets psychologiques du confinement chez les personnes âgées.

Lundi 16 mars 2020 :	<u>Interdiction des sorties pour les résidents</u> et reports des nouvelles admissions en Ehpad. « Dans les Ehpad, les résidents privés de leur famille », <i>Le Monde</i> .
Mardi 17 mars 2020 :	Suite à l'allocution présidentielle de la veille, <u>confinement national à domicile avec réduction des déplacements</u> au strict nécessaire et interdiction des regroupements extérieurs. « Ehpad : les séniors seront coupés du monde », <i>Le Monde</i> . « Comment réagir au mieux en temps de crise du Covid-19 ? », <i>La Croix</i> . « La France confinée pour deux semaines au moins », <i>La Croix</i> .
Jeudi 19 mars 2020 :	« Personnes âgées. Lorsque confinement rime avec isolement », <i>L'Humanité</i> . « Nos anciens sont vulnérables, il faut les protéger », <i>Aujourd'hui en France</i> .
Vendredi 20 mars 2020 :	« C'est un ange gardien, notre Lourdes » ; « Nos résidents veulent sortir un peu », <i>Aujourd'hui en France</i> .

Les deux premiers articles de cette période évoquent pour la première fois le « syndrome de glissement » chez les personnes âgées (*Le Monde*) en écho aux annonces gouvernementales du 11 mars 2020 de l'interdiction des visites (proches et intervenants extérieurs) en Ehpad.

Le premier est un reportage portant sur la situation en Ehpad, basé sur plusieurs types de sources (« Dans les Ehpad, les résidents privés de leur famille ») :

- Les directions d'Ehpad (directeurs + ADPA) utilisent les termes de : « sécurité affective » mise à mal par l'absence des proches. Une directrice parle d'autorisation de visites si « glissement de l'état psychologique d'un résident ou d'un proche ».
- La psychologue (Ehpad) parle de « souffrance psychique » ; elle constate une augmentation des « troubles anxieux » chez certains résidents dépressifs. Les signes rapportés concernent la perte d'appétit ; les troubles du sommeil ou le repli sur soi et ils sont censés découler d'un isolement relationnel, en écho aux lectures psychiatriques présentées antérieurement.
- Les proches des résidents d'Ehpad (association des familles et proches) parlent de « conséquences morales ». Une proche s'inquiète de la durée des mesures de fermeture des Ehpad : « En mon absence, va-t-il continuer à manger ou se laisser dépérir ? »
- Le gériatre évoque un « risque psychologique » à la fermeture des Ehpad (pire lorsque le risque sanitaire est faible).
- Les deux membres du CCNE soulignent combien l'interdiction des visites est « très difficile sur le plan humain » et combien il faut éviter la rupture du lien intergénérationnel sur de trop longues périodes. Pour

certaines personnes très dépendantes, « les visites constituent l'essentiel de leur raison de vivre ».

Le second article (« Ehpad : les séniors seront coupés du monde ») est une tribune du philosophe Paul-Loup Weil-Dubuc, responsable du pôle recherche de l'Espace éthique de la région Île-de-France :

Il évoque deux causes au « glissement » potentiel des personnes âgées du fait de l'interdiction des visites : la perte des habitudes quotidiennes et l'étiollement des liens affectifs. Selon lui, ces deux phénomènes provoquent chez la personne âgée le sentiment « qu'elle ne produit plus aucun effet sur le monde, de ce sentiment qu'ils ne sont plus qu'un corps à gérer, il arrive souvent que les gens meurent ou “glissent” » (il parle plus loin de « mort par isolement »). Le philosophe pose alors la question éthique de la « qualité de vie ».

Le 17 mars 2020, *La Croix* publie deux articles qui évoquent les effets psychologiques du confinement sur les personnes âgées. Le premier (« Comment réagir au mieux en temps de crise du Covid-19 ? ») est un entretien avec le philosophe Pierre Zaoui qui interroge les effets du confinement sur « le lien aux autres », pour lui fondamental dans l'existence humaine :

« Jusqu'où accepter le confinement sans l'interroger ? Je pense notamment aux personnes très âgées privées de visite dans les Ehpad, aux mourants isolés, aux funérailles réduites aux très proches... [...] on ne peut pas laisser les personnes âgées ou vulnérables dans la solitude. Quelques jours, ça peut aller, mais cinq semaines cela me semble impossible. Peut-être qu'il y a un risque, un danger, mais il faut l'assumer. »

Le second (« La France confinée pour deux semaines au moins ») revient sur les annonces présidentielles du confinement national en interrogeant plusieurs « spécialistes » pour « décrypter cette mesure ». En fin d'article, Anne-Marie Moulin (médecin et philosophe au CNRS) évoque, entre autres, « le coût psychologique » pour les « publics fragiles » : « personnes âgées, en détresse psychique, etc. Certes, il s'agit de protéger les citoyens de la maladie, “mais attention aux effets induits” ». *L'Humanité* publie un article pointant l'isolement des personnes âgées (« Personnes âgées. Lorsque confinement rime avec isolement ») :

« *Enfermés chez eux ou en établissement, les séniors redoutent la solitude. La rupture du lien social suscite de l'anxiété. Une perte de sens et de repères.* » L'article s'ouvre sur deux témoignages de personnes âgées inquiètes et en souffrance. S'en suivent les propos de Christine Rolland, sociologue du vieillissement qui insiste sur la vulnérabilité et la rupture du lien social comme facteur d'anxiété lequel « gagne en ampleur lorsqu'on prend de l'âge » ; « Les visites quotidiennes sont un repère, et l'attente de ces visites un moyen de donner, en quelque sorte, un sens à leur vie ». L'article se termine par le témoignage d'une professionnelle de santé en Ehpad qui évoque des familles en pleurs et fait part de la surcharge de travail qui ne leur laisse plus le « temps de faire vivre ce lien indispensable pour le moral de nos résidents », ce qui lui fait craindre une « dégradation rapide de l'état de certaines personnes âgées ».

Enfin, *Aujourd'hui en France* publie 3 articles les 19 et 20 mars 2020. Le premier (« Nos anciens sont vulnérables, il faut les protéger ») est un bref reportage dans une petite commune et fait état des gestes de solidarités mis en place envers les personnes âgées pour lutter contre l'isolement. Le deuxième (« C'est un ange gardien, notre Lourdes ») est un reportage similaire dans un arrondissement parisien ; un habitant se questionne : « Comment fera-t-on si les aides à domicile ne peuvent plus se rendre chez les personnes âgées ? Ce n'est pas du coronavirus qu'on mourra, mais d'avoir laissé des personnes seules chez elles ». Le troisième, centré sur les Ehpad (« Nos résidents veulent sortir un peu »), est un entretien avec Pascal Champvert,

président de l'ADPA. Il maintient la nécessité de l'interdiction des visites, mais « réclame un léger assouplissement des règles en maison de retraite » (pouvoir sortir prendre l'air). Il relate des témoignages de résidents qui relativisent la situation du confinement (au regard de la guerre) ou qui s'inquiètent plutôt pour les salariés de l'Ehpad, mais souligne la difficulté pour eux de ne plus pouvoir voir leurs proches.

L'étude des modes de narration médiatique de ces souffrances révèle, avec un renforcement au cours du temps, combien les personnes âgées sont représentées à travers celles résidant en institution (essentiellement en Ehpad) et comme des personnes « à risques » – notamment en risque de détachement de la vie (« glisser », « se laisser », « renoncer »). Face à ce risque, les attaches relationnelles – principalement familiales d'ailleurs – sont évoquées, avec le déploiement d'efforts considérables dans les établissements pour maintenir des liens familiaux à distance. Les associations de familles s'en saisissent en évoquant le cas de parents âgés se laissant mourir lorsque leurs enfants ne peuvent plus les soutenir, alors même que, comme nous allons le voir, l'analyse des entretiens souligne combien les visites des proches ne se sont pas nécessairement intensifiées dans les situations de confinement au domicile et l'importance accordée par les personnes âgées à d'autres liens tout aussi signifiants. En tous les cas, à compter de la mi-mars 2020, les pouvoirs publics vont se saisir de cette thématique de l'isolement et la déplacent sur un registre politique.

2.2.3. L'inscription de la thématique sur l'agenda politique

Lundi 23 mars 2020 :	<p>CCNE, « Questions éthiques soulevées dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 concernant les personnes vulnérables du fait de l'âge, du handicap ou de l'absence de domicile fixe », <i>Bulletin de veille éthique</i>.</p> <p>Jérôme Guedj est missionné par le ministre des Solidarités et de la Santé pour proposer et coordonner des <u>réponses à l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement</u>. Enclenchement des plans canicules (niveau 2) : soutien aux personnes isolées âgées ou handicapées à domicile</p>
Mardi 24 mars 2020 :	<p>Point-presse de Jérôme Salomon, Directeur général de la santé : annonce de la mise en place d'un <u>suivi des décès en établissement médico-social par Santé Publique France</u>.</p> <p>« Maintenir une communication virtuelle », <i>Aujourd'hui en France</i>.</p> <p>« Les Ehpad dans la crainte de l'hécatombe », <i>Libération</i>.</p>
Mercredi 25 mars 2020 :	<p>« Karol Beffa : "Oui, j'ai peur" », <i>La Tribune</i>.</p>
Judi 26 mars 2020 :	<p>Point-presse de Jérôme Salomon, Directeur général de la santé : annonce de <u>mesures de confinement plus drastiques</u> à venir pour les Ehpad sur demande des professionnels de santé.</p> <p>« Personnes âgées : tragédie à huis clos dans les Ehpad » (Une) ; « Delfraissy : "Le bilan risque d'être très lourd chez les personnes fragiles et âgées" ; "C'est le black-out" : la grande angoisse des familles de résidents », <i>Le Figaro</i>.</p> <p>« Les crises ou le réveil de l'éthique », <i>La Tribune</i>.</p> <p>« Elle ne peut pas comprendre pourquoi on ne vient plus », <i>L'Humanité</i>.</p> <p>« Nous avons besoin de solidarité sociale pour survivre », <i>Libération</i>.</p>
Vendredi 27 mars 2020 :	<p>Académie nationale de médecine, « Épidémie Covid-19 dans les Ehpad : permettre aux médecins et aux soignants d'exercer leur mission en accord avec leur devoir d'humanité », <i>Communiqué</i>.</p>

Le 23 mars 2020, le ministre en charge de la santé confie à Jérôme Guedj une mission de lutte contre l'isolement des personnes âgées en période de confinement, en :

« identi[ant] les leviers qui sont aujourd'hui à la main des pouvoirs publics, des acteurs de terrain et de la société civile pour combattre l'isolement des personnes fragiles – c'est-

à-dire, nos aînés et les personnes en situation de handicap – pour le temps de crise, mais aussi pour la période qui suivra » (Lettre de mission).

Les personnes âgées sont alors considérées comme particulièrement vulnérables aux effets délétères du confinement (isolement social). Le même jour d'ailleurs, le ministre de l'Intérieur a demandé à tous les préfets d'enclencher les plans d'alerte et d'urgence habituellement mis en place lors des canicules, correspondant au niveau 2. Ces plans permettent aux communes d'activer l'appel et le soutien aux personnes isolées âgées ou handicapées à domicile.

Cette dynamique politique va ensuite se prolonger dans les espaces éthiques et professionnels. Le jeudi 26 mars 2020, Jérôme Salomon, le directeur général de la santé, annonce ainsi que le gouvernement va saisir très vite le CCNE :

« Devant l'urgence de la situation, des mesures de limitation drastique des déplacements ont été évoquées par des professionnels du secteur [...]. Ils ont évoqué notamment le confinement préventif en chambre de l'ensemble des résidents d'un établissement », a indiqué le professeur Salomon. « Ces mesures, qui sont motivées par l'urgence sanitaire, soulèvent de nombreux enjeux juridiques et éthiques au regard de la préservation des droits fondamentaux, notamment pour les résidents atteints de troubles cognitifs et déambulants », a-t-il ajouté.

Le 27 mars 2020, l'Académie nationale de médecine publie à son tour un communiqué (« Épidémie Covid-19 dans les Ehpad : permettre aux médecins et aux soignants d'exercer leur mission en accord avec leur devoir d'humanité ») qui attire l'attention sur la nécessité d'ajuster les mesures de confinement dans les établissements pour personnes âgées du fait qu'elles sont source d'isolement et de souffrances morales induites. C'est enfin fin mars que se produit une dernière inflexion annonçant également une autre forme de politisation de la question. Celle-ci n'interroge plus seulement la capacité d'une société à préserver les liens familiaux et sociaux en période pandémique, mais plus fondamentalement la capacité d'un Etat (et de ses institutions) à déployer un thanatopouvoir (Taïeb, 2007) impliquant autant la gestion des soins que celle des morts.

2.3.Ces morts qu'on ne sait même pas compter¹⁴

Le 24 mars 2020, le gouvernement annonce, en effet, la mise en place d'une plateforme de suivi des décès en établissement médico-social. S'en suit un pic de publication (31 articles en cinq jours) sur l'inquiétude des forts taux de mortalité en Ehpad. S'ouvre alors une controverse autour des modes de quantification de la mortalité en Ehpad.

2.3.1. Des Ehpad abandonnés ?

Les titres de ces articles mobilisent un champ sémantique dramatique (hécatombe, catastrophe, morts en série) pour qualifier la situation des Ehpad, en analogie aux situations de guerre.

¹⁴ Pour aller plus loin sur cette question, voir Jany-Catrice F. et al. (2023).

Date de parution	Journal	Article
23/03/2020	Le Monde	Les familles de victimes du Covid-19 privées de funérailles
23/03/2020	Libération	En Espagne, les maisons de retraite touchées de plein fouet
23/03/2020	L'Humanité	Vers une hécatombe dans les Ehpad ?
24/03/2020	Le Figaro	Les Ehpad inquiets d'un « scénario catastrophe »
24/03/2020	Aujourd'hui en France	Faut-il craindre le pire ?
24/03/2020	Aujourd'hui en France	« Maintenir une communication virtuelle »
24/03/2020	Libération	« J'ai condamné trois personnes âgées à mort »
25/03/2020	Libération	Les Ehpad dans la crainte de l'hécatombe
25/03/2020	Libération	Virus et disputes : jusqu'où ira la chute du brut ?
25/03/2020	La Tribune	Karol Beffa : "Oui, j'ai peur"
25/03/2020	Le Monde	Les Ehpad confrontés aux décès liés à l'épidémie
25/03/2020	Le Figaro	L'Espagne en proie à une situation hors de contrôle
25/03/2020	Le Monde	Morts en série dans une maison de retraite des Vosges
25/03/2020	La Croix	Dans les Ehpad, la crainte d'un scénario catastrophe
25/03/2020	Libération	A Madrid, une patinoire en guise de morgue géante
25/03/2020	Aujourd'hui en France	Aide-soignante : « Une guerre du matin au soir »
26/03/2020	Le Figaro	Personnes âgées : tragédie à huis clos dans les Ehpad
26/03/2020	Le Figaro	Delfraissy : « Le bilan risque d'être très lourd chez les personnes fragiles et âgées »
26/03/2020	Le Figaro	« C'est le black-out » : la grande angoisse des familles de résidents
26/03/2020	Le Figaro	Le coronavirus fait des ravages dans les Ehpad
26/03/2020	Le Figaro	Le flou sur la mortalité du coronavirus exaspère les élus locaux
26/03/2020	Le Figaro	Adieux en catimini
26/03/2020	Le Figaro	Marie-Anne Montchamp : « Il faut soutenir le front de l'aide à domicile »
26/03/2020	Les Echos	Ehpad : le gouvernement promet de publier des chiffres sur la mortalité
26/03/2020	Aujourd'hui en France	Le nombre de décès est-il sous-estimé ?
26/03/2020	La Tribune	Les crises ou le réveil de l'éthique
26/03/2020	L'Humanité	Madrid crie à l'aide !
26/03/2020	L'Humanité	« Elle ne peut pas comprendre pourquoi on ne vient plus »
26/03/2020	L'Humanité	Les maisons de retraite se préparent au pire
26/03/2020	L'Humanité	Nous avons besoin de solidarité pour survivre
27/03/2020	Le Monde	Madrid, capitale martyre d'une Espagne endeuillée

Les enquêtes s'appuient sur des témoignages de professionnels et d'associations du secteur pour attester de forts taux de mortalité, malgré l'absence de chiffres officiels et insistent sur l'abandon dans lequel les Ehpad seraient laissés. La critique de la quantification des morts des âgés laisse alors place à la critique des modes d'engagement professionnel en Ehpad – critique pesant sur les conditions de l'enquête dans un contexte de disqualification médiatique fort de ces établissements.

Du 23 au 27 mars, six articles¹⁵ dans des journaux divers (surlignés en vert) vont ainsi relater la situation espagnole, en particulier à Madrid. Il est ainsi fait état de la découverte d'un Ehpad abandonné par les professionnels dans lequel l'armée découvre « des personnes âgées absolument abandonnées, quand elles n'étaient pas laissées mortes sur leur lit ». Les articles portant sur la situation française font également écho à l'idée d'un abandon des Ehpad, en lien avec la thématique du nombre inconnu de décès, celle des restrictions relatives aux funérailles, mais aussi avec la question du « tri des patients » qui ne permettrait pas aux personnes âgées d'accéder aux services de réanimation.

2.3.2. La question du mal-être en toile de fond

Les articles se centrant sur le nombre de morts en Ehpad et le manque de protection des personnes âgées et du personnel s'en occupant, la question du mal-être se trouve moins centrale que la semaine précédente (le « syndrome de glissement » disparaît, lui, complètement). Huit

¹⁵ Reprise dans : « En Espagne, l'armée en première ligne », *Le Monde*, 3 avril 2020.

articles abordent néanmoins la question (surlignés en bleu). Ainsi, l'article d'*Aujourd'hui en France* du 24 mars 2020 (« “Maintenir une communication virtuelle” ») est un entretien avec Jean-Philippe David, gériatre à l'AP-HP. Il déclare que la coupure avec les familles affecte le moral et l'appétit, mais que les Ehpad mettent en place des communications virtuelles entre les résidents et leur proche. Il réaffirme la nécessité des mesures de confinement et veut rassurer sur les prises en charge en Ehpad. Celui paru dans *Libération* le lendemain (« Les Ehpad dans la crainte de l'hécatombe »), bien que centré sur les taux de décès en Ehpad, les conditions de travail et le manque de protection et de protocoles clairs, se termine par « les conséquences à moyen et à long terme », au-delà des décès immédiats liés à la Covid-19 :

- Une psychologue exerçant en Ehpad prévoit que « certains résidents vont présenter de l'anxiété, qui se manifeste par des troubles du sommeil, une angoisse de mort, la peur d'être contaminé, des ruminations »
- Un gériatre alerte sur « le risque d'un “syndrome post-traumatique”, qui peut être difficile à exprimer, notamment en raison de troubles cognitifs. Certains ne savent plus s'ils sont confinés depuis un jour, un mois ou depuis la guerre ».
- Un autre gériatre insiste plutôt sur l'affaiblissement physique : « On voit avec les épidémies de grippe des phénomènes de dénutrition, de chutes ou encore d'escarres chez des gens qui se sont épuisés à lutter contre le virus », détaille-t-il. Pour ce spécialiste du grand âge, le risque de ces nouvelles dépendances laisse planer non seulement le spectre d'une dégradation de la qualité de vie, mais aussi « d'un impact énorme en matière de coûts ».

Le même jour paraît un entretien avec le pianiste et compositeur Karol Beffa (« Karol Beffa : “Oui, j'ai peur” ») dans *La Tribune* qui s'interroge sur l'invisibilité des personnes vulnérables :

« Pense-t-on « aux personnes âgées recluses dans leur maison de retraite ? Je ne discute pas la décision de les couper de toute relation humaine avec leurs enfants et petits-enfants, je veux simplement alerter sur le drame affectif consubstantiel. Voilà quelques exemples d'extrême fragilité, d'extrême détresse, que nous avons le devoir de prendre en compte. »

Le 26 mars 2020, *Le Figaro* publie 7 articles (dont un fait la « Une ») qui abordent la situation des personnes âgées, deux d'entre eux évoquent directement la question de leur mal-être (« Delfraissy : “Le bilan risque d'être très lourd chez les personnes fragiles et âgées” » ; « “C'est le black-out” : la grande angoisse des familles de résidents »). Le premier est un entretien avec Jean-François Delfraissy, président du Conseil scientifique Covid-19. Interrogé sur « les conséquences d'un allongement du confinement, que vous préconisez, pour les plus fragiles ? », il admet que plus le confinement va se prolonger plus nous serons confrontés aux phénomènes de « décompensation psychique, de multiplication des conflits au sein des foyers... [...] Il faut penser aux personnes âgées, aux personnes qui souffrent de problèmes psychiatriques. Mais nous n'avons aucune idée des conséquences futures. » Le second est un reportage au sein d'Ehpad également centré sur les taux de décès en Ehpad, les conditions de travail et le manque de protection et de protocoles clairs qui évoque l'angoisse des familles et celle des résidents coupés de leurs proches (ainsi une proche « redoute que la dépression et la perte d'appétit gagnent peu à peu les résidents privés de visites »).

Le même jour, *La Tribune* publie un entretien avec Bernard Devert, fondateur d'Habitat et Humanisme (« Les crises ou le réveil de l'éthique ») dans lequel ce dernier évoque les personnes âgées comme les « oubliées » dans notre société et les Ehpad comme des espaces « privatifs de liberté ».

Enfin, toujours le 26 mars 2022, *L'Humanité* publie 2 articles évoquant les personnes âgées et leur mal-être :

Le premier (« “Elle ne peut pas comprendre pourquoi on ne vient plus” ») est un bref reportage donnant la voix à une proche de résidente qui relate son inquiétude : sa mère, mangeant habituellement qu’en sa présence, « mange très peu, elle est dans un état de faiblesse extrême ». Pour elle, « ce qui la maintenait, ce n’était pas seulement le nourrissage, c’était aussi de nous voir. Ce qu’on voulait éviter, c’est qu’elle se retrouve seule. » Le second (« “Nous avons besoin de solidarité sociale pour survivre” ») est un entretien avec le sociologue américain Eric Klinenberg qui évoque les personnes âgées comme vulnérables à la « distanciation sociale ».

2.4. Annonce d’un confinement préventif en chambre et activation du suivi des décès dans les Ehpad

Samedi 28 mars 2020 :	<p>Allocution d’Olivier Véran, ministre en charge de la santé au cours de laquelle il demande « aux établissements de type Ehpad de se préparer à aller vers un <u>isolement individuel de chaque résident dans les chambres</u> ». Le ministre diffuse des consignes écrites préconisant très fortement ce confinement en chambre <u>même en l’absence de cas suspect ou confirmé au sein de l’établissement</u>, laissant tout de même en dernière instance la décision aux établissements.</p> <p>Collecte des <u>premières données épidémiologiques au sein des Ehpad</u> : activation par Santé Publique France d’une plateforme consacrée au recueil des données en établissements médico-sociaux, alimentée par les établissements eux-mêmes.</p>
Lundi 30 mars 2020 :	<p>CCNE, « Réponse à la saisine du Ministère des Solidarités et de la Santé du 25 mars 2020 sur le renforcement des mesures de protection dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée (USLD) ».</p> <p>Conseil scientifique, « Les Ehpad. Une réponse urgente, efficace et humaine », <i>note</i>.</p> <p>« Oui, le confinement va agir sur notre santé mentale », <i>L’Humanité</i>.</p> <p>« Les nouvelles mesures de protection bien accueillies par le personnel des Ehpad », <i>Le Figaro</i>.</p> <p>« Faut-il confiner dans leur chambre tous les résidents des Ehpad ? », <i>La Croix</i>.</p>
Mardi 31 mars 2020 :	<p>« Les personnes âgées isolées “se sentent encore plus abandonnées” », <i>Le Monde</i>.</p> <p>« À l’Ehpad de La Colle-sur-Loup, l’autre front du coronavirus », <i>Le Figaro</i>.</p>

Le 28 mars 2020, dans les consignes écrites du ministre en charge de la santé faisant suite à son allocution poussant les Ehpad à renforcer les mesures de confinement, il est souligné la nécessité d’être attentif aux effets délétères de l’isolement en chambre :

« En cas de confinement individuel en chambre, des mesures adaptées à la situation de chaque résident doivent être prises afin d’éviter au maximum les effets indésirables de l’isolement, y compris pour les résidents atteints de troubles du comportement. Une surveillance régulière de l’état des résidents doit ainsi être organisée, au moyen d’un passage régulier des professionnels de l’établissement dans chaque chambre individuelle. En règle générale, toutes les mesures sont prises pour limiter l’isolement des résidents et éviter qu’ils ne soient coupés de leurs proches. »

La question du mal-être des personnes âgées (en Ehpad) est reprise le 30 mars 2020 dans une courte note de 5 pages publiée par le CCNE en « Réponse à la saisine du Ministère des Solidarités et de la Santé du 25 mars 2020 sur le renforcement des mesures de protection dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les unités de soins de longue durée (USLD) ». D’après le Directeur de l’Association des directeurs au service des personnes âgées (ADPA), cette saisine s’est faite sur leur demande auprès des autorités étant donné que le confinement en chambre avait déjà lieu dans plusieurs Ehpad. Si l’avis du CCNE affirme que la crise sanitaire peut justifier de telles mesures restrictives, il

préconise que la mesure de confinement en chambre soit « limitée dans le temps, proportionnée et adéquate aux situations individuelles », « explicitée aux résidents, aux familles et aux proches-aidants, et soumise à contrôle », sous couvert de respecter « la dignité humaine, qui inclut aussi le droit au maintien d'un lien social pour les personnes dépendantes ». La note pointe ainsi la souffrance majeure découlant de la privation de lien social et du confinement pour les personnes en situation de troubles cognitifs :

« Le CCNE rappelle vivement que l'environnement familial ou amical dont les résidents ne peuvent plus momentanément profiter est, pour nombre d'entre eux, le lien qui les rattache au monde extérieur et leur raison essentielle de vivre, comme en témoignent de façon unanime les professionnels de terrain. Les en priver de manière trop brutale pourrait provoquer une sérieuse altération de leur état de santé de façon irrémédiable et même enlever à certains le désir de vivre. [...] » (p. 3).

Le même jour, dans sa note « Les Ehpad. Une réponse urgente, efficace et humaine », le Conseil scientifique Covid-19 se positionne en faveur d'un prolongement du confinement pour les personnes de plus de 70 ans, le public « le plus vulnérable à l'épidémie de Covid-19 » et s'accorde sur l'efficacité des stratégies de confinement :

« Selon les situations locales et au regard de la situation par rapport aux contaminations et aux degrés divers selon les établissements et les situations régionales, des stratégies de confinement collectif ou individuel peuvent être considérées, en tout état de cause de manière proportionnée et limitée dans le temps ».

Les limites du confinement en chambre qui sont pointées sont celles liées aux conditions de travail en Ehpad, celui-ci nécessitant « un personnel et un matériel adaptés, et représent[ant] une charge de travail supplémentaire dans des établissements dont le personnel est déjà exposé et en tension ».

Si un nombre conséquent d'articles continuent de traiter des personnes âgées et des Ehpad, ils restent majoritairement centrés sur le bilan des morts, les accompagnements de fin de vie et les funérailles. Les 30 et 31 mars, 5 articles¹⁶ évoquent tout de même la question du mal-être des personnes âgées, en rebondissant notamment sur la mesure du confinement préventif en chambre dans les Ehpad. Si aucun article n'évoque « le syndrome de glissement », plusieurs qualifient les effets psychiques de l'isolement des personnes âgées. Ainsi, il apparaît que, contrairement aux premières mesures, la préconisation du confinement en chambre suscite des débats plus importants sur le rapport bénéfices/risques, appelant à une réflexion éthique. Le relatif consensus autour des mesures sanitaires se fissure.

Dans l'entretien qu'il donne à *L'Humanité* (« Oui, le confinement va agir sur notre santé mentale »), David Gourion, psychiatre et ancien chef de clinique à Sainte-Anne, évoque les risques du confinement sur le psychisme en général, de l'anxiété aux états de stress post-traumatique, à la décompensation et aux idées suicidaires. Il pointe « les personnes âgées ou isolées et les adolescents » comme « les populations les plus fragiles », faisant écho aux traitements médiatiques et politiques qui ont d'emblée identifié les personnes âgées comme des

¹⁶ On peut ajouter la mention très brève de la question dans un article paru le 29 mars 2020 au journal *La Tribune* : « Christophe Itier : “Les entreprises d'insertion sont particulièrement frappées par la pandémie” ». Il s'agit d'un entretien avec le haut-commissaire en charge de l'ESS au ministère de la Transition écologique qui évoque les Ehpad comme secteur en difficulté particulière : « Enfin, les entreprises médico-sociales qui gèrent des Ehpad par exemple, sont en première ligne et font face à de nombreuses problématiques. Il y a à la fois un risque d'isolement accru pour les personnes âgées pendant cette période de confinement et pour le personnel une exigence de protection. » Ainsi que celle dans un article publié dans *Les Échos* le 30 mars 2020 « Ses robots Cutii mis à disposition des Ehpad » qui parle d'une livraison de robots « intelligents » gratuitement mis à disposition de trente Ehpad pour lutter contre l'isolement des personnes âgées en Ehpad.

personnes en manque de liens et fait de la faiblesse de liens la principale dimension explicative de leur mal-être. *Le Figaro* publie 2 articles qui traitent du mal-être des personnes âgées les 30 et 31 mars :

Le premier article (« Les nouvelles mesures de protection bien accueillies par le personnel des Ehpad ») part des taux de mortalité élevés en Ehpad et rappelle la mesure prise quelques jours plus tôt d'un confinement en chambre. L'article relate ensuite le témoignage d'une résidente qui a l'impression d'être « en prison » pour donner la parole au président de l'Association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social (MCOOR) qui affirme la nécessité de telles mesures tout en insistant sur leurs effets potentiels : « On sait très bien qu'un isolement excessif risque d'aggraver certaines situations psychiatriques ou psychologiques préalables de patients vulnérables, alerte le Dr Gaël Durel, président du MCOOR. Les équipes doivent être formées au repérage de signes de décompensation, comme le manque d'appétit ou l'absence de désir de communication avec l'extérieur. » La Synerpa se déclare également favorable aux mesures prises et appelle à un renforcement des équipements de protection pour les équipes, sans évoquer de potentiels effets délétères pour les résidents.

Le deuxième article (« À l'Ehpad de La Colle-sur-Loup, l'autre front du coronavirus ») est un reportage au sein d'un Ehpad. La psychologue témoigne de son impression d'un abandon des personnes âgées. D'après elle, si la minorité (10 %) des résidents, « en mesure de comprendre pleinement la situation », « font preuve d'une combativité exemplaire », les autres « souffrant de troubles spatio-temporels sont désorientés et anxieux [...] Certains ont des troubles du comportement avec des phénomènes de retour au passé et revivent parfois des événements tragiques et des syndromes dépressifs. »

La Croix, dans son article « Faut-il confiner dans leur chambre tous les résidents des Ehpad ? » interroge la dimension éthique du confinement préventif en chambre sous l'angle de la balance liberté/sécurité (ADPA), mais également sous celui de la mise en œuvre concrète de ce type de confinement (consentement, enfermement à clef, contention, patients atteints de troubles cognitifs...) en s'appuyant sur des témoignages de médecins.

Enfin, l'article du *Monde* (« Les personnes âgées isolées "se sentent encore plus abandonnées" ») s'appuie sur des acteurs associatifs (Petits Frères des pauvres, Secours populaire, La Croix-Rouge) pour témoigner de l'isolement, voire de l'angoisse et du sentiment d'abandon des personnes âgées à domicile et des initiatives prises pour maintenir un lien social et une aide quotidienne.

2.5. Controverses sur les mesures sanitaires : double visibilité du mal-être des personnes âgées et du malaise des professionnels dans les Ehpad

Dans ce droit fil, le mois d'avril s'ouvre par une double dénonciation du traitement des personnes âgées, notamment en Ehpad, ce qui rompt le relatif consensus autour des mesures sanitaires visant à protéger les personnes âgées du virus : d'un côté les personnes âgées sont la cible de mesures spécifiques, réduisant leurs libertés, ce qui relève pour certains d'un traitement discriminant¹⁷, de l'autre, elles sont invisibilisées et abandonnées (taux de décès dans les Ehpad, « tri des patients », *etc.*¹⁸).

¹⁷ Un certain nombre d'articles dénoncent « l'âgisme » dont sont victimes les personnes âgées suite à l'allocation le 1 avril 2020 du Premier ministre. Celui-ci déclare envisager un déconfinement progressif soit selon les taux de contamination par région, soit en fonction des classes d'âge (les plus âgés étant les plus vulnérables seraient donc déconfinés plus tardivement). L'Académie de médecine se positionne plusieurs fois en défaveur de cette dernière possibilité.

¹⁸ Le 2 avril 2020, les associations « Coronavictimes » et « Comité anti-amiante Jussieu » interpellent en référent le Premier ministre et le ministre de la Santé concernant la situation singulière des « personnes résidentes des Ehpad et personnes maintenues à domicile » actuellement privées « de fait » d'accès aux soins hospitaliers.

Si les conditions de travail et le manque de moyens humains et matériels (en particulier de protection) étaient déjà antérieurement présents dans la presse, cette thématique gagne en visibilité. Les effets de « maltraitance » induits par les conditions de travail dégradées sont mis en lien avec le traitement différencié et le manque de reconnaissance dont sont victimes les personnes âgées. Quelques articles traitent des personnes âgées hors-Ehpad (à domicile et en résidence autonomie) par le biais de professionnels, avec des stratégies de comparaison à un autre évènement et problème public déjà constitué (la canicule de 2003) pour donner force et légitimité à leurs revendications.

Enfin, si les mesures sanitaires protectrices des personnes âgées ne sont pas remises en cause en elles-mêmes, l'annonce du confinement préventif en chambre vient les questionner directement sous un angle éthique en prenant appui sur l'idée d'un mal-être croissant et d'une mortalité induite par les mesures elles-mêmes. La presse relaie largement les mesures et initiatives prises par le gouvernement pour répondre à ces inquiétudes, à partir des remises par étape du rapport de Jérôme Guedj « Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement ».

3. Synthèse de la première partie

3.1. Parler des personnes âgées pour parler de la société

Comme observé au moment de la canicule, les récits médiatiques analysés partent des expériences supposées des personnes âgées pour formaliser des critiques, ou au contraire valoriser des idéaux de société particuliers, plus que pour évoquer les expériences subjectives en première personne des personnes âgées. Ainsi, à travers les critiques de la quantification, se jouent deux processus de dénonciation sociale.

D'abord celui des modes de prise en soin institutionnels, mais à fronts renversés comparativement à la période de la canicule de 2003 où les « citoyens » et le *care* familial étaient davantage pointés dans un contexte où les morts au domicile étaient plus nombreuses que les morts en Ehpad (des familles abandonneuses)¹⁹. Dans le cas de la Covid au contraire, les débats publics ont ciblé la capacité du *care* institutionnel à attacher à la vie en l'absence du *care* familial en renouvelant une mise en tension historiquement récurrente²⁰. Cette critique s'est articulée à un mouvement plus large de dénonciation des Ehpad dont la publication de l'ouvrage *Les Fossoyeurs* est un énième déploiement.

Puis, l'incapacité d'un État à tenir un biopouvoir impliquant la maîtrise de techniques de quantification et de surveillance populationnelle est également soulignée : le scandale, c'était de ne pas pouvoir rendre des comptes dans les deux sens du terme.

Parallèlement à ces dénonciations, durant la première vague, la gestion du Covid a aussi été l'occasion de mettre en scène et de réactiver symboliquement un idéal de solidarités communautaires, souvent contre l'institution (le système « D » en l'absence de réponses des instances dédiées : bricolages communautaires, dons de voisinage, réseaux territoriaux d'échange entre établissements), qui ont pesé sur les vécus des professionnels. À une échelle

Cela fera l'objet de cinq articles du 3 au 7 avril 2020. Parallèlement, l'invisibilisation des décès en Ehpad continue de faire controverse.

¹⁹ S'est ajouté à cela l'inhumation dans le cimetière de Thiais de 57 corps non réclamés par les familles (Argoud, 2016).

²⁰ Rappelons que les controverses médicales suscitées par l'observation du mode de nourrissage des nourrissons en pouponnière et privés de leur mère dans les années 1930 sont déjà à l'origine d'une relecture scientifique forte des enjeux de soin et de leur capacité à attacher à la vie (le *failure-to-thrive* pédiatrique) qui a ensuite été appliquée aux personnes âgées à travers la notion de *failure-to-thrive* gériatrique puis de « syndrome de glissement ». Voir Voléry (2021).

microsociologique d'ailleurs, les professionnels d'Ehpad distinguent une première vague au cours de laquelle ils recevaient des cadeaux du voisinage, se sentaient reconnus et le premier déconfinement qui a initié une phase de conflictualités fortes avec les familles. Cette valorisation des solidarités territoriales va cependant de pair avec d'importantes inégalités entre structures comme le montre l'entretien réalisé avec un directeur d'Ehpad – Monsieur Rémy particulièrement bien inséré dans les réseaux professionnels et politiques locaux.

3.2. L'effacement des vieillesse singulières

Parallèlement, l'analyse montre que les articles parus présentent les personnes âgées comme une population plus que comme des personnes singulières : les articles ne donnent, en effet, que rarement la parole à des personnes âgées s'exprimant à travers les positions des professionnels et des familles. D'une manière générale, le terme de « personnes âgées » est en effet utilisé comme un générique auquel est accolé le vocabulaire de la vulnérabilité (« en larmes », « perdues », « désorientées », « anxieux », « inquiets »). L'idée que seules les visites continuent à les « accrocher à la vie » et à lui donner un sens est très présente et structure le discours sur le mal-être des personnes âgées – ce qui contribue à ancrer l'idée selon laquelle leur attachement à la vie serait fragile et très dépendant de la nature des *caregivers*. Seuls 7 articles viennent personnaliser des personnes âgées. Les descriptions y sont alors brèves (lien de parenté, âge et parfois pathologie) et viennent principalement circonscrire la prise de paroles de proches de résidents et leurs inquiétudes. Alors même que les quelques extraits d'interviews et les entretiens réalisés en Ehpad (quatre articles sur ces sept donnent la voix à des personnes âgées) dressent un tout autre tableau.

Les deux premiers (13 et 16 mars 2020) interrogent quatre résidents d'Ehpad. La première est une femme centenaire décrite comme « vaillante » et « en rogne » contre l'enfermement alors même qu'elle « paye cher » l'Ehpad ; elle déclare ne pas avoir peur du virus. La deuxième est une femme de 90 ans qui se déclare « sous le choc » et craindre plus la solitude que le virus ; elle envisage de rencontrer ses proches dehors, sur le pas de la porte. Le troisième est un homme de 82 ans qui vit avec sa femme ; il déclare prendre son « mal en patience » et pouvoir sortir pour des rendez-vous. La quatrième est une femme de 93 ans qui fait un parallèle avec la guerre. Décrite comme souriante, elle dit occuper ses journées en faisant des mots-fléchés et en admirant la vue par sa véranda. Les deux derniers articles (19 mars 2020) concernent des personnes âgées à leur domicile. Exprimant leurs craintes et reconnaissance, leurs témoignages viennent surtout en appui de la description de gestes solidaires dans un quartier de la région parisienne et dans une commune rurale. Groupe homogène de victimes de la pandémie, les personnes âgées servent alors de supports à l'évocation d'autres questions relatives aux institutions de santé, aux Ehpad, aux professionnels y exerçant, à la représentation sociale plus large qu'une société se fait d'elle-même (valorisation d'un idéal autogestionnaire, de solidarités « par le bas », mise en scène d'un peuple uni face à la pandémie, *etc.*)

Dans le même temps, ces récits sont aussi l'occasion de mettre en mots et en forme le mal-être du grand-âge, c'est-à-dire la représentation que des acteurs divers se font des souffrances spécifiques à cet âge et à cette période biographique singulière.

3.3. Le mal-être des personnes âgées selon les catégories d'acteurs

Les premières analyses font apparaître une diversité de registre (moral, psychiatrique, psychologique, somatique) que nous nous efforcerons de relier tant à l'analyse des textes scientifiques et institutionnels traitant des expériences subjectives douloureuses et de la suicidalité au grand-âge que des entretiens individuels et collectifs réalisés avec les professionnels. Au fil des premiers mois, nous pouvons ainsi repérer de manière transversale les registres mobilisés par les différentes catégories d'acteurs dont les articles de presse relaient la parole.

Les sources associatives propres au secteur hospitalier, médico-social et gériatrique [ADPA, Synerpa, les « responsables d'Ehpad », directeurs Ehpad, Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs ADMR] sont régulièrement mobilisées dans la presse. D'une manière générale, elles alertent sur le manque de moyens (en personnel et en matériel de protection), demandent des clarifications des protocoles (sur les tests, les transferts, *etc.*). S'il n'y a pas de remise en question des mesures de protection, voire un regret de leur arrivée tardive, ces acteurs seront les premiers à poser des questionnements éthiques, en particulier pour les personnes atteintes de troubles cognitifs en Ehpad, et à demander un équilibre entre sécurité et liberté.

Dans la même veine, les directeurs d'Ehpad interviewés s'inquiètent de la durée des mesures engendrant une absence de « marques de tendresse essentielles au moral » (« Dans les Ehpad de France, protéger sans rompre les liens », *La Croix*, 9 mars 2020) ou encore de la « sécurité affective » mise à mal par l'absence des proches (« Dans les Ehpad, les résidents privés de leur famille », *Le Monde*, 16 mars 2020).

Les gériatres exerçant en Ehpad insistent, eux, plutôt sur les risques de perte d'autonomie et d'affaiblissement physique (dénutrition, chutes, escarres...), avec des « risques psychologiques » chez les résidents atteints de troubles cognitifs (l'un d'entre eux évoque un risque de « syndrome post-traumatique » dans « Les Ehpad dans la crainte de l'hécatombe », *Libération*, 25 mars 2020).

Leurs collègues psychologues disent constater une augmentation de la souffrance psychique chez les personnes déjà atteintes de troubles cognitifs, de dépression et de maladies psychiatriques antérieures dont l'acuité serait aiguisée par la pandémie et sa gestion. L'une d'entre elles prévoit toutefois que « certains résidents vont présenter de l'anxiété, qui se manifeste par des troubles du sommeil, une angoisse de mort, la peur d'être contaminé, des ruminations » (« Les Ehpad dans la crainte de l'hécatombe », *Libération*, 25 mars 2020).

Les autres professionnelles exerçant auprès des personnes âgées soulignent, elles, la nécessité des mesures de protection. Une infirmière à domicile, spécialisée en gériatrie témoigne tout de même de l'anxiété des personnes âgées dont elle s'occupe et une professionnelle de santé en Ehpad évoque des familles en pleurs et fait part de la surcharge de travail qui ne leur laisse plus le « temps de faire vivre ce lien indispensable pour le moral de nos résidents », ce qui lui fait craindre « dégradation rapide de l'état de certaines personnes âgées » (« Personnes âgées. Lorsque confinement rime avec isolement », *L'Humanité*, 19 mars 2020).

Les associations humanitaires (Petits Frères des pauvres, Secours populaire, La Croix-Rouge) insistent, elles, principalement sur le renforcement de l'isolement social des personnes âgées du fait des mesures sanitaires, lequel engendre un sentiment d'abandon aux effets anxiogènes. Par exemple, l'article du *Monde* « Les personnes âgées isolées “se sentent encore plus abandonnées” », paru le 31 mars 2020, s'appuie sur des acteurs associatifs (Petits Frères des pauvres, Secours populaire, La Croix-Rouge) pour témoigner de l'isolement, voire de l'angoisse et du sentiment d'abandon des personnes âgées à domicile et des initiatives prises pour maintenir un lien social et une aide quotidienne.

Les proches de résidents sont, eux, dépeints comme très inquiets de l'isolement de leur parent avec l'idée forte selon laquelle leur absence, qui pallie souvent le manque de personnel, pourrait engendrer des dépressions et des arrêts de nutrition pouvant aller jusqu'au décès. Ainsi dans l'article du *Monde* « Dans les Ehpad, les résidents privés de leur famille », paru le 16 mars 2020, une proche s'inquiète de la durée des mesures de fermeture des EHPAD : « En mon absence, va-t-il continuer à manger ou se laisser dépérir ? »

Enfin, les acteurs les plus éloignés des Ehpad sont ceux qui insistent le plus clairement sur les risques psychologiques du confinement, associés à une perte des liens sociaux, pour les personnes âgées. C'est le cas des médecins hors-Ehpad qui qualifient plus fortement les risques psychologiques, voire psychiatriques chez les personnes âgées. Un psychiatre exerçant en libéral évoque ainsi les risques du confinement en général (de l'anxiété aux états de stress post-traumatique, à la décompensation et aux idées suicidaires), auxquels les personnes âgées peuvent être plus vulnérables (« Oui, le confinement va agir sur notre santé mentale », *L'Humanité*, 30 mars 2020). C'est le cas également des quelques philosophes et sociologues interrogés à plusieurs reprises qui insistent globalement sur la grande vulnérabilité des personnes âgées à l'isolement social et pointent leur abandon dans notre société.

3.4. Des médias, caisses de résonance des dynamiques politiques

Enfin, ce premier travail montre les liens étroits tissés entre dynamiques politiques et stratégies médiatiques – les secondes constituant des caisses de résonance amplifiant, mais aussi infléchissant, les premières. Il met également au jour les places différentielles des acteurs dans ces processus de mise sur l'agenda médiatique et politique : la place relativement faible des acteurs de l'éthique intervenant pour entériner des éléments déjà constitués dans le champ médiatique et politique, ainsi que la place mineure des expertises des professionnels du psychisme dans la formalisation du traitement médiatique du mal-être ou des risques psychiques découlant des confinements.

Du point de vue de la dynamique temporelle de formulation du problème public, s'observent enfin plusieurs séquences. D'abord un consensus sur les mesures médicales de protection des vulnérables (dont le confinement), avec une médicalisation « par le bas » demandée par les têtes de ponts des directions d'Ehpad que les quelques entretiens réalisés avec les directeurs d'Ehpad semblent corroborer. Émerge ensuite une « psychologisation par le bas », c'est-à-dire une mise en exergue et une formalisation des retentissements et enjeux psychiques du confinement et de la pandémie, à distance des professionnels du psychique. Cette psychologisation s'opère selon une double modalité marquant plus largement les politiques et discours publics dans le champ de la gérontologie : la valorisation de la place des familles (portée par les associations caritatives, les familles, mais aussi par les directeurs d'établissements pour plaider en faveur des droits de visite familiale dans un contexte de tension locale souvent forte entre familles et professionnels) et l'isolement des vieux dont Dominique Argoud (2016) a déjà étudié les modalités de constitution et les acteurs.

Lorsque le mal-être est traité, c'est sous l'angle de thématiques déjà constituées à l'occasion de controverses ultérieures. C'est par exemple le cas de l'isolement des personnes âgées, porté par certains acteurs associatifs fortement actifs durant le Covid à l'image des Petits Frères des Pauvres, mais aussi politiquement formalisé à l'occasion de la Canicule dans une perspective mettant l'accent sur les liens familiaux, de voisinage et la prévention. C'est aussi sous l'angle de récits plus anciens mettant en balance le *care* institutionnel et familial et leurs inégales capacités à attacher à la vie des personnes âgées enclines au détachement comme le montrent les références au glissement. C'est pourtant vers de toutes autres lectures que l'analyse des entretiens nous oriente.

DEUXIEME PARTIE. DIRE LE MAL-ETRE ET LE SUICIDE DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

Deux niveaux de lecture émergent dès lors qu'il s'agit de considérer la façon dont les professionnels s'approprient les problématiques de mal-être et de suicide des personnes âgées. Le premier niveau concerne les grilles de lectures disponibles pour interpréter, anticiper et répondre aux comportements des résidents/patients pris en charge par les professionnels. Le cas français est intéressant, de ce point de vue, puisque les modes de conceptualisations de la suicidalité sont pluriels, d'une part, et singuliers au regard de la littérature internationale, d'autre part. Ce premier niveau de lecture fait écho au cadrage médiatique et politique de la pandémie que nous avons présenté. Le second niveau concerne l'appropriation de ces conceptualisations et leur rôle dans l'interprétation des situations rencontrées par les professionnels. Ce second point permet de considérer la façon dont les conceptualisations expertes s'actualisent ou non au cœur de la pratique professionnelle, selon les positions des acteurs, leur rôle et leur socialisation propre, et les enjeux spécifiques qui s'y rapportent.

1. Conceptualisations du suicide dans les champs professionnels : une littérature francophone singulière

1.1. Le corpus

La revue de littérature consacrée aux discours scientifiques relatifs aux conduites suicidaires chez les personnes âgées durant la pandémie vise à saisir la manière par laquelle les conduites suicidaires des personnes âgées ont été traitées durant la période pandémique et dans ses suites, les théories ainsi que les catégories, méthodes et problématisations mobilisées. Ces discours participent de la compréhension du mal-être et de ses conséquences chez les personnes âgées, faisant écho aux représentations médiatiques et politiques précédemment mentionnées et constituant une ressource potentielle des professionnels interrogés. Ils constituent un point d'accès permettant de cerner un aspect du cadre social dans lequel se déploie cette préoccupation pour la santé mentale des personnes âgées durant la pandémie. L'analyse de ces discours permet ainsi d'aborder par un angle singulier la manière dont le mal-être, et la question suicidaire plus précisément, sont traités dans le champ d'expertise sur ce domaine.

Le choix d'une période de quatre années, de 2018 à 2022, a paru pertinent. Cette périodisation permet, en effet, de saisir à la fois les modalités de traitement de ces questions dans la période qui précède immédiatement la crise sanitaire, et à la fois les spécificités des discours dans les suites de la pandémie. La littérature sélectionnée est constituée de documents publiés dans des revues scientifiques consacrées ainsi que des rapports d'institutions spécialisées : les ouvrages, la littérature de vulgarisation aussi bien que les articles de presse rédigés par des professionnels ont été écartés de l'analyse. Le principal objectif de cette revue était de cerner les cadres français d'analyse sur les questions de suicidalité des personnes âgées durant la pandémie. En raison de la prégnance des modèles et catégories d'analyse nord-américains dans la recherche et l'intervention sur les conduites suicidaires, une comparaison entre la littérature internationale de langue anglaise et la littérature francophone a été menée afin de saisir les spécificités des modèles francophones, et plus spécifiquement du contexte français et des problématisations qu'il opère.

Plusieurs sources ont été mobilisées pour constituer le corpus ici présenté.

- La base documentaire PUBMED, d'abord, a fait l'objet d'une recherche sur la période 2018-2022 à l'aide des mots-clés suivants : « Suicide+Elder », « Suicide+Elder+Covid », « Suicide+Age », « Suicide+Old », « Suicide+Covid+Elderly », « Suicide+Covid+Late life ». Après élimination des

doublons, *trente-neuf documents ont été intégrés à l'analyse*. Il s'agit là d'une sélection des articles internationaux de langue anglaise publiés entre janvier 2018 et septembre 2022 abordant les questions de suicidalité et faisant figurer la question de l'âge de façon plus ou moins prégnante, ou abordant les problématiques de santé mentale des âgés et faisant figurer les questions de suicidalité. Nous avons systématiquement sélectionné parmi les 100 premières références apparues dans chaque recherche.

- La base documentaire Sciencedirect, ensuite, a fait l'objet d'une recherche sur la même période, à l'aide des mots clés suivants : « Suicide+personnes+âgées+Covid » et « Suicide+personnes+âgées ». Après éliminations des doublons, *sept documents ont été intégrés à l'analyse*. Il s'agit là d'une sélection des articles internationaux de langue française abordant les questions de suicidalité et faisant figurer la question de l'âge de façon plus ou moins prégnante, ou abordant les problématiques de santé mentale des âgés et faisant figurer les questions de suicidalité. Nous avons systématiquement sélectionné parmi les 100 premières références apparues dans chaque recherche.

Ces deux premières bases de données (Sciencedirect et PUBMED) impliquent l'exclusion des études de sciences sociales et favorisent donc une focalisation sur les études de psychiatrie, de santé publique ou de psychologie. Afin d'éviter cette focalisation, nous avons mobilisé une base complémentaire, plus généraliste et facilement accessible.

La base documentaire GoogleScholar, a ainsi fait l'objet de plusieurs recherches. Une première recherche sur la période 2018-2022 à l'aide des mots-clés suivants : « Suicide+Covid+Personnes âgées », « Suicide+Personnes âgées ». Après éliminations des doublons, *vingt-cinq documents ont été intégrés à l'analyse*. Il s'agit là d'une sélection des documents de langue française publiés entre janvier 2018 et septembre 2022. Cette base n'implique pas de sous-représentation *a priori* de certains champs disciplinaires, et les études de sciences sociales y sont d'ailleurs bien représentées dans les cas de langue française. Une seconde recherche a été effectuée avec les mots-clés suivants : « Suicide+Elder+Covid », « Suicide+Older+covid », « Suicide+Elder », « Suicide+Older ». Après éliminations des doublons, *trente documents ont été intégrés à l'analyse*. Il s'agit d'une sélection des documents de langue anglaise publiés entre janvier 2018 et septembre 2022.

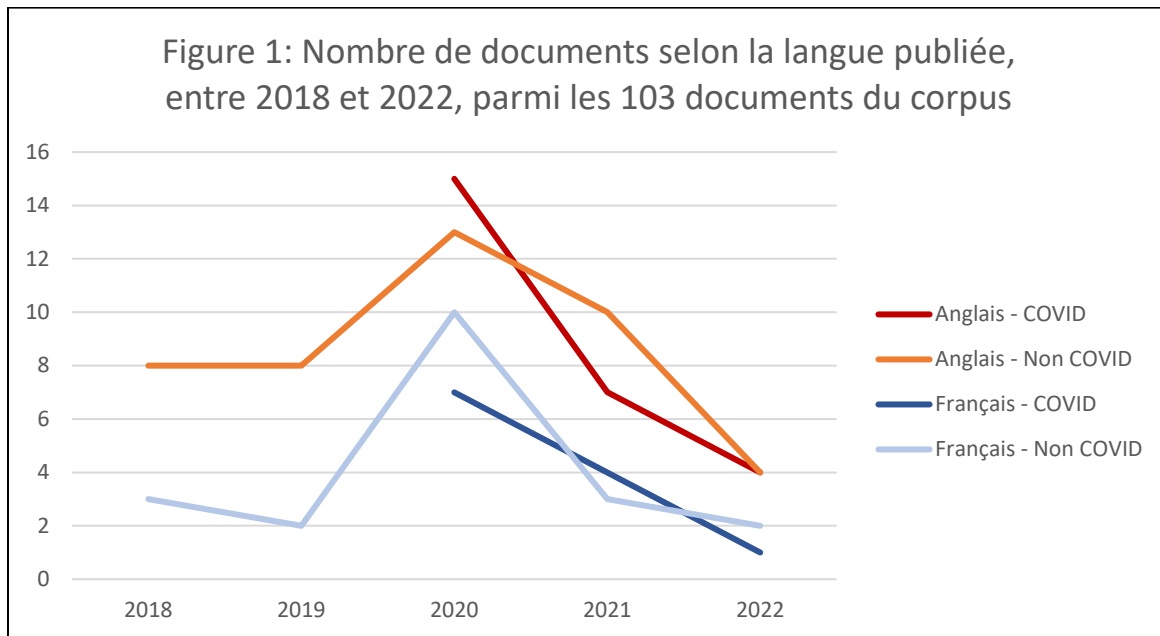
Nous avons systématiquement sélectionné parmi les 100 premières références apparues dans chaque recherche. Ne pouvant être exhaustif en raison de la quantité de publication, cette sélection systématique au sein des 100 premiers résultats de chaque recherche a paru pertinente, sélectionnant toute recherche susceptible de traiter la suicidalité des âgés, de façon centrale ou secondaire. Enfin, 2 documents francophones ont été intégrés en raison de leur pertinence pour l'étude et malgré leur absence sur les deux bases mobilisées (deux rapports sur la suicidalité en temps de pandémie).

On aboutit ainsi à une sélection de 103 documents sur l'ensemble de la période considérée. 28 documents ont été sélectionnés pour une analyse approfondie, en raison de leur visibilité et de la centralité des auteurs dans le champ de recherche. Si l'analyse approfondie d'une plus importante quantité de documents permettrait de consolider et de développer les résultats obtenus, plusieurs éléments paraissent suffisamment solides pour être discutés ici et permettent de mettre en perspective aussi bien la revue de discours médiatiques et politiques que les entretiens réalisés avec les professionnels de notre enquête.

1.2. L'abord de la suicidalité dans la littérature experte

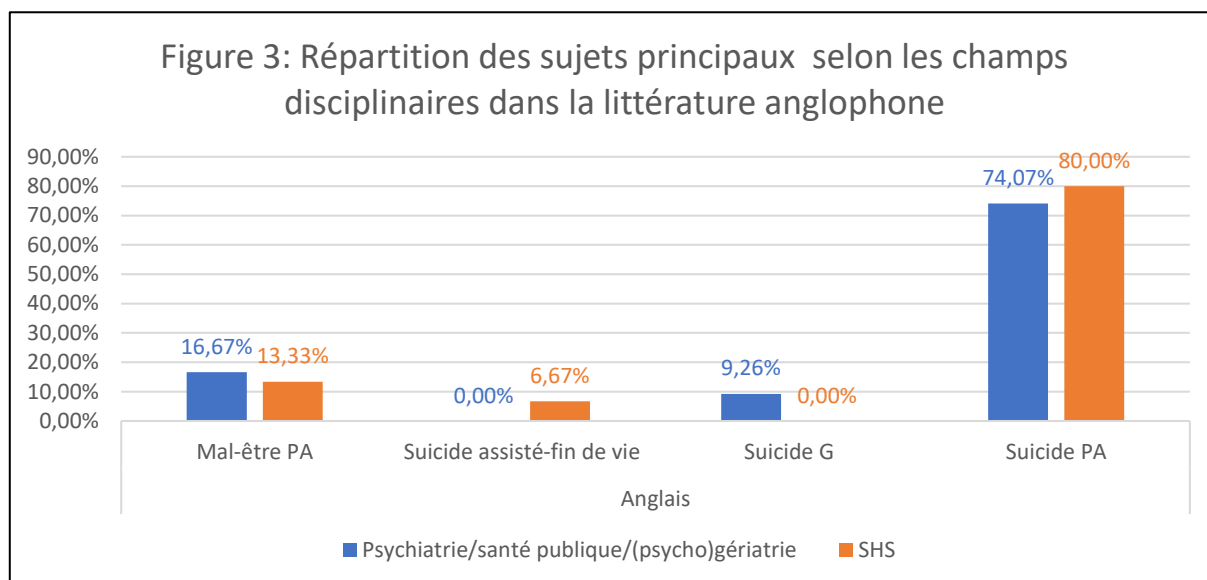
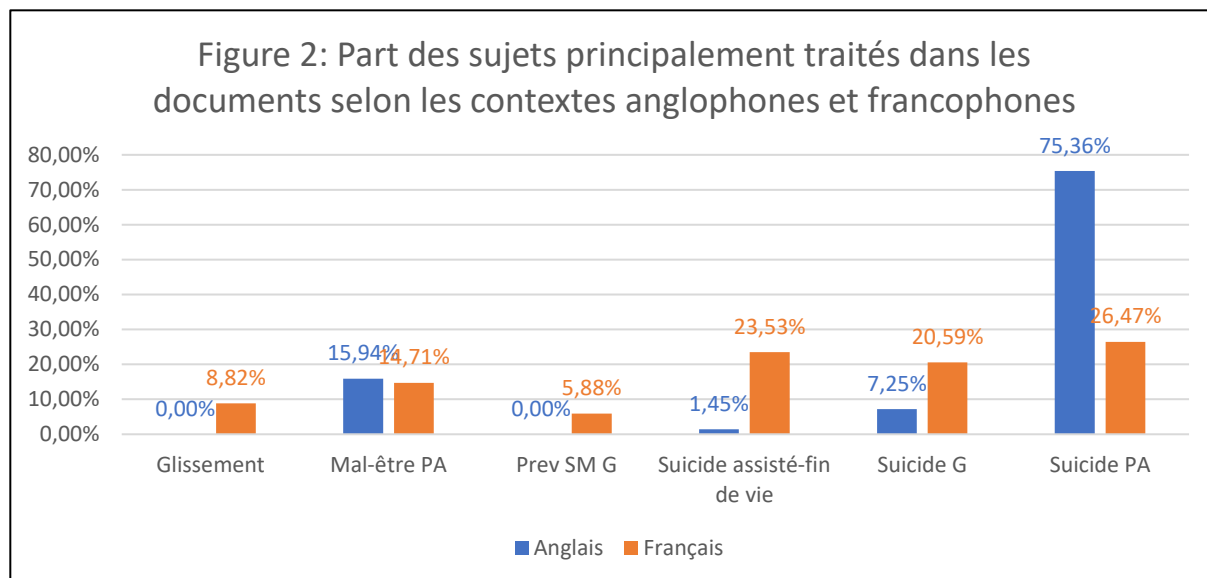
Plusieurs enseignements généraux peuvent être tirés du corpus de 103 documents colligés. D'abord, quels que soient les contextes anglophones ou francophones, on trouve dans

cette littérature une augmentation des publications consacrées à la suicidalité des âgés ou mentionnant celle-ci à partir de 2020 ; puis une décroissance.



La crise sanitaire semble donc avoir produit des effets très conjoncturels, *a priori*, dans un contexte médiatiquement et politiquement marqué par un souci prononcé pour le mal-être des aînés. La suicidalité constituant un marqueur fort de ce mal-être, cette augmentation temporaire des publications semble donc être le résultat d'un effet d'opportunité associé au souci moral qui traverse l'espace public.

Le second résultat important concerne la diversité des sujets traités dans le contexte francophone, comparativement à la littérature internationale. En catégorisant les documents selon leur sujet principal de travail, on trouve en effet une répartition distincte de l'importance des thèmes traités entre la littérature anglophone et francophone. La littérature anglophone est caractérisée par une très forte représentation de documents dont le sujet principal est le suicide de la personne âgée en propre (75,36 %), alors que les documents où le traitement du suicide des personnes âgées est secondaire sont peu représentés. Le contexte francophone présente, au contraire, une diversité de sujets. La part des documents principalement consacrés à la suicidalité des personnes âgées est seulement du quart de l'échantillon (26,47 %) ; 23,53 % des documents concernent de façon centrale la question du suicide assisté (et mentionnent de façon mineure la question du suicide [non-assisté] des personnes âgées) ; 20,59 % concernent les questions de suicidalité en général (avec des développements mineurs sur la suicidalité des aînés). Des thèmes, bien que faiblement représentés dans les documents francophones, n'apparaissent simplement pas à l'international.



Ces résultats dénotent une moindre spécialisation sur la suicidalité des âgés dans le corpus francophone, un traitement plus généraliste consacré à la santé mentale des aînés ou au suicide en général, ainsi qu'un traitement plus conséquent du suicide assisté/fin de vie ou encore du glissement. Ces premiers éléments suggèrent une singularité du contexte français, dès lors qu'il s'agit de penser et de dire la suicidalité des âgés. La diversité des sujets traités laisse place à une division des modes de problématisation que nous allons détailler ci-après : d'abord, la mobilisation d'une perspective généraliste, par la littérature psychiatrique et épidémiologique, proposant une vision très portée sur la psychopathologie et qui singularise peu le sujet âgé ; ensuite, l'intérêt pour des formes de dégradations psychiques et physiologiques analysées comme des équivalents suicidaires par la littérature gériatrique, et qui s'associent fortement à la dépression.

1.2.1. Une littérature francophone de psychiatrie et d'épidémiologie mettant l'accent sur les dimensions psychopathologiques

De façon générale, la littérature francophone de psychiatrie et d'épidémiologie aborde peu de façon spécifique la suicidalité des âgés, et laisse voir des considérations plus générales concernant soit le mal-être des aînés, soit une appréhension généraliste de la suicidalité. Dans les deux cas, la place de la psychopathologie est prépondérante.

Au sein du corpus étudié, lorsque les publications traitent de santé mentale en général (Mengin et al. 2020 ; Stocker et al. 2020), le risque suicidaire est explicitement confondu avec le risque de dépression, argument étant fait d'une communauté de facteurs de risque. La mention de la suicidalité des âgés est marginale, et démontre un traitement superficiel des âgés comme population « porteuse » de vulnérabilité, induisant une lecture homogène des âgés et une vision des conduites suicidaires se réduisant aux risques induits par les psychopathologies. Ces travaux présentent assez bien les traits centraux qui caractérisent la représentation du suicide en général au sein de la littérature non spécialisée en France. Cette représentation se concentre globalement sur l'entité dépression et tend à négliger les facteurs diversifiés présentés dans la littérature anglophone spécialisée sur le suicide des âgés. On se situe globalement dans une perception de la suicidalité fortement associée à la psychopathologie et peu socialisée, sinon par le prisme des effets sociaux induits par la pandémie et susceptibles d'affecter ces facteurs psychopathologiques.

Lorsque les publications traitent de façon plus centrale de suicidalité (Conejero et al., 2020 ; Observatoire Régional du Suicide Auvergne-Rhône-Alpes 2021), l'appréhension de la suicidalité des personnes âgées est également marginale, bien que plus développée. Encore une fois, la psychopathologie demeure un axe incontournable pour envisager la suicidalité. L'impact de la crise, notamment, est d'abord pensé en termes de majoration des troubles psychiatriques associés aux mesures sanitaires, induisant notamment une réduction des contacts et une incertitude personnelle sur les conséquences de l'infection au Covid-19. Classiquement, les facteurs considérés sont l'augmentation des troubles anxieux et dépressifs, mais aussi la survenue de symptômes psychotraumatiques ou l'augmentation des abus de substances. La référence à la psychopathologie est plus centrale et plus développée que dans les publications généralistes sur la santé mentale des âgés, et renvoie assez nettement à la littérature anglophone du même genre, avec une focale plus spécifique sur des singularités de la vulnérabilité suicidaire (déconnectée des entités psychopathologiques classiques)

Ces travaux montrent l'importance accordée aux processus psychopathologiques, et favorisent une certaine individualisation de l'explication du processus suicidaire. Fortement tournée vers la littérature anglophone, la littérature francophone de psychiatrie et d'épidémiologie ne démontre cependant pas la spécialisation théorique et empirique autour du vieillissement observable à l'international.

1.2.2. Une littérature francophone non spécialisée, tournée à l'international

Si la dépression est, comme dans la majorité des recherches, souvent le premier facteur mentionné en association aux conduites suicidaires, la singularité des populations âgées dans la littérature anglophone (Beghi et al., 2021 ; Ding et Kennedy, 2021 ; Cabello et al., 2019 ; Fraser, Luther et Kasckow, 2019 ; Zalsman et al., 2020 ; Cui et Fiske, 2022 ; Louie, Chan, et Cheng, 2021 ; Szücs et al., 2020 ; Na et al., 2020) implique une dénomination particulière autour de l'entité « *Late-life depression* ». Le sous-diagnostic des troubles mentaux au sein de la population âgée, et plus particulièrement de la dépression, est souvent mentionné, et les difficultés de repérage des troubles font l'objet de développements conséquents. L'association de la dépression et du vieillissement suscite des hypothèses relatives à une expression plus somatique des symptômes, moins fondée sur des difficultés affectives et cognitives. À côté des échelles généralistes mobilisées pour l'évaluation des états dépressifs ou des idées suicidaires — l'échelle d'idéation suicidaire de Beck, l'échelle de dépression de Calgary, le MINI (Mini

International Neuropsychiatric Interview) (Fraser, Luther et Kasckow, 2019) ou le modèle de diagnostic de la dépression de l’OMS ainsi que des questions standards sur la présence d’idéations suicidaires ou de tentatives lors des 12 derniers mois —, les auteurs anglophones mobilisent par ailleurs des indicateurs conçus pour le sujet âgé — par exemple la *Geriatric Suicide Ideation Scale*.

Dans la littérature anglophone, par ailleurs, les facteurs psychologiques et de personnalité viennent compléter les études sur la relation entre processus suicidaire et troubles mentaux à l’âge avancé, et ce, selon trois voies distinctes. D’abord, les troubles mentaux sont susceptibles d’affecter les capacités de coping : les études suggèrent ainsi des effets d’altération cognitive liés à la dépression du sujet âgé susceptibles d’augmenter la suicidalité des aînés, via une moindre capacité d’adaptation face au stress. Ensuite, les traits de personnalité sont susceptibles de favoriser la létalité de certaines conduites suicidaires dans un contexte dépressif : les facteurs de résilience, le niveau de désespoir, le niveau de contrôle des relations interpersonnelles, le neuroticisme et les mauvaises stratégies de *coping* permettent ainsi de distinguer, au sein des conduites suicidaires des personnes âgées, des conduites suicidaires moins « engagées », plus impulsives et dont les caractéristiques seraient distinctes des conduites plus violentes. Enfin, les traits de personnalité participent de la distinction de types de conduites suicidaires dont la précocité et la dangerosité sont différenciées et qui s’attachent davantage à des modèles de la « tentative » ou du « suicide » : certains auteurs suggèrent ainsi que les conduites suicidaires (non létales) des personnes plus âgées tendent à être moins structurées par des traits de personnalité spécifiques, et donc à être implicitement davantage redevables de conditions externes au fonctionnement individuel.

Si la littérature francophone de psychiatrie et d’épidémiologie étudiée s’éloigne de cette spécialisation observable dans le contexte anglophone, et si la tendance à spécifier les singularités du processus suicidaire des âgés est moins présente, elle tend malgré tout à favoriser une même perception du sujet âgé. Les mêmes facteurs associés aux conduites suicidaires des aînés sont mis en avant, sans qu’ils ne soient cependant détaillés ou fassent l’objet de dispositifs singuliers de recherche, construisant une certaine image du suicidant âgé : isolement social, solitude, perte de rôle, présence de handicaps, importance des problèmes de santé, notamment douloureux, sentiment d’inefficacité, flexibilité psychologique altérée, etc. En ce sens, une même vision individualisante de la suicidalité tend à mettre sous cape les effets possibles de trajectoires sociales et de facteurs structurels, favorisant l’esquisse d’un individu diminué physiquement et cognitivement, et d’un individu d’abord considéré sous l’angle des processus psychopathologiques, au premier rang desquels la dépression, qu’il s’agit d’évaluer correctement.

1.2.3. *Une socialisation partielle des enjeux suicidaires des aînés, inspirée des modèles anglophones*

Si la littérature francophone étudiée singularise moins l’entité dépression du sujet âgé et développe moins les études de facteurs auprès de cette population, la référence à la littérature anglophone permet cependant de « problématiser » le suicide des âgés et d’intégrer les facteurs en jeu de façon singulière, notamment en socialisant de façon spécifique les processus suicidaires. La référence à la théorie interpersonnelle du suicide (Sheffler, Joiner et Sachs-Ericsson, 2021) constitue, par exemple, un principe de socialisation des enjeux propres de la suicidalité des âgés. On trouve ainsi l’usage fréquent de la notion de « déconnexion » (*disconnectedness*), ou de sentiment d’être un poids (*burdensomeness*), qui constituent une référence implicite (pas de citation nécessairement directe) à la théorie interpersonnelle du suicide de Conwell, Van Orden et Caine (2011), également mobilisée par de Joiner ou De Leo et autrement nommé modèle des 5 D. Cette intégration théorique du suicide des âgés, bien que traversée par des considérations biologisantes et psychiatisantes, articule une véritable

problématisation intégrant les entités habituellement traitées par la sociologie : l'environnement social des individus et les normes d'âge. Cette socialisation du processus suicidaire tend à renforcer une vision déficitaire de l'aîné, organisée autour de l'isolement et de l'intériorisation de la perception péjorative de la vieillesse. Cette théorie appuie par ailleurs un ensemble argumentatif relatif au repérage et au traitement des psychopathologies : faible visibilité du suicide des aînés qui s'explique par une relégation des âgés hors du champ des préoccupations légitimes de la psychiatrie ; déconsidération globale, par le monde médical, des symptômes dépressifs chez les aînés et moindre recherche de soin.

La question de l'âgisme et de ses rapports aussi bien au processus suicidaire qu'à sa prise en charge fait d'ailleurs l'objet de développements autonomes dans la littérature anglophone (Ko *et al.*, 2021 ; Wand *et al.*, 2021 ; Wand *et al.*, 2020 ; Wand et Peisah 2020). Certaines études empiriquement fondées suggèrent ainsi des associations entre idéations suicidaires, tentatives de suicide et négligences ou discriminations, qui s'articulent à des facteurs de santé physique et mentale. Tout en maintenant la centralité des facteurs psychopathologiques et en négligeant la signification des événements considérés au sein des parcours individuels, on trouve, dans ce type d'approche, une centralité de facteurs qui sont supposés concentrer l'intériorisation d'une perception sociale du vieillissement ainsi que les effets concrets d'une marginalisation des personnes âgées, mobilisant par ailleurs explicitement la théorie interpersonnelle du suicide. Davantage tributaire du champ de la gérontopsychiatrie, cette appropriation de la question des normes sociales s'opérationnalise ainsi dans l'étude des facteurs de suicidalité des âgés. Les mentions observables, au sein de la littérature francophone, concernant les questions de stigmatisation des personnes âgées, ne sont sans doute pas sans rapport avec cette problématisation à l'international.

1.2.4. Une problématisation française du vieillissement, traitant de la suicidalité

Si la littérature francophone est caractérisée par des publications de psychiatrie et d'épidémiologie fortement associées à la littérature internationale, mobilisant des outils standardisés d'évaluation, et portant essentiellement l'accent sur les processus psychopathologiques en jeu selon une moindre spécialisation vis-à-vis des singularités du vieillissement tout en intégrant l'environnement et les normes sociales d'âge, le paysage des études et discours experts consacrés à la suicidalité des aînés présente par ailleurs une approche distincte de la suicidalité, qui s'inscrit dans un mode de problématisation plus éloigné du contexte anglophone. Cette problématisation touche directement aux normes sociales affectant le traitement du vieillissement.

La littérature de sociologie notamment (Balard, Voléry et Fornezzo 2020; Balard, Schrecker et Moulin, 2021), dont le poids paraît plus important dans le corpus francophone que dans le corpus anglophone, propose un décentrement du problème, traitant la question du suicide dans un cadre élargi s'intéressant aux questions de fin de vie, de suicide assisté, et discutant en propre des normes sociales d'âge et de leurs effets. Inspirée par les discussions sociologiques, précisément, la littérature issue du champ des études spécialisées en gestion des établissements de santé traite des processus de normalisation du vieillissement selon une perspective institutionnelle des EHPAD (Fourrier, 2020). La centralité des questions de stigmatisation, d'autonomie et de lien social est évidente, et suscite par ailleurs une discussion relative à la médicalisation des modes d'hébergement et d'assistance aux personnes âgées. Le suicide, en la matière, fait l'objet d'un traitement sommaire, à partir d'une interprétation de ce dernier comme une forme de « refus de vieillir » dans une société caractérisée par une injonction au « bien vieillir ».

Ce débat paraît très éloigné du mode de problématisation observé dans la littérature internationale, dans laquelle la question de la légitimité même des formes institutionnalisées de

suicide n'a pas été repérée. Dans le contexte anglophone, la problématique du suicide des âgés s'insère en fait peu dans les problématiques variées de la fin de vie, tandis que le désir de mort ne paraît pas apparaître comme un enjeu polémique fort. Si cette problématisation est distincte et qu'elle s'organise hors du champ des études de psychiatrie et d'épidémiologie, elle demeure cependant investie par le champ médico-psychologique. À ce titre, comme dans le contexte anglophone, la question des normes sociales est davantage mobilisée pour expliquer en propre les processus pathologiques ou les difficultés de prise en charge, et la proximité des questions psychopathologiques est essentielle. Pour le dire rapidement, malgré une problématisation distincte au sein des corpus francophones et anglophones, l'accent porté sur les enjeux sociaux associés au vieillissement paraît aussi central dans les deux contextes dès lors que le champ disciplinaire est celui de la gériatrie et de la psychogériatrie.

Les conséquences psychologiques du confinement durant la crise sanitaire, par exemple, sont discutées par le prisme d'une diversité de manifestations, depuis le syndrome de glissement et l'altération physique et psychique jusqu'au suicide (Rouleau, 2020). Le suicide est alors traité au sein d'un éventail de conduites proches, et redevient par ailleurs associé aux troubles psychiques comme la dépression, aux troubles anxieux ou du sommeil. Particulièrement caractéristique du contexte français, la question du syndrome de glissement s'inscrit précisément dans ce cadrage distinct des études de psychiatrie et d'épidémiologie, mais mobilisant des modes argumentatifs proches de la littérature de suicidologie spécialisée dans le suicide des âgés. Issues du champ de la psychologie et de la gériatrie, les études consacrées au syndrome de glissement proposent un ensemble de questionnements ayant trait à la difficulté d'expression et de compréhension du désir de mort au grand-âge (Menecier, Menecier-Ossia, et Ploton, 2021 ; Sirvain et Monfort, 2022 ; Wieder, 2020), discutant alors du suicide et des conduites suicidaires de façon singulière.

Le syndrome de glissement constitue une forme d'équivalent suicidaire, dont les relations avec la dépression sont assez vagues et cependant centrales. Le syndrome s'organise en effet comme une figure de conduites suicidaires, dont les caractéristiques seraient spécifiques, distinctes de la dépression tout en connaissant de fortes proximités. Comme dans le cas du suicide des âgés, la dépression constitue une structure centrale pour penser le glissement, tandis que sa difficile évaluation fait écho au débat anglophone. À ce titre, si la dépression et les conduites suicidaires connaissent une telle place, c'est parce que le glissement s'organise sur un modèle structuré de façon analogue au processus dépressif et au processus suicidaire. Les modèles du deuil freudien et de la dépression mélancolique organisent en effet la compréhension du processus, du moins chez les auteurs mobilisant explicitement l'appareillage conceptuel psychanalytique (Wieder, 2020). En ce sens, le syndrome entretient avec la conceptualisation anglophone du suicide des âgés des proximités extrêmement fortes, dans la forme comme dans le fond. Dans les deux cas en effet, forte place est faite à la notion d'événement traumatique impliquant une vulnérabilité liée à l'âge, associée à des difficultés relationnelles et entretenant des relations complexes avec la dépression. La mobilisation de la lecture psychanalytique de la mélancolie n'est par ailleurs pas sans faire écho au modèle psychanalytique classique d'explication du processus suicidaire lui-même (Giddens, 1966). La conceptualisation du syndrome de glissement renvoie encore explicitement au syndrome de l'hospitalisme de Spitz, et dès lors à la théorie de l'attachement de Bowlby mobilisée dans le monde anglophone pour rendre compte des conduites parasuicidaires.

Paradoxalement, donc, cette littérature non spécialisée sur le suicide des âgés, et traitant même le suicide de façon marginale, entretient des similarités fortes avec la littérature anglophone spécialisée en raison de la mobilisation de conceptualisations proches. La place des psychopathologies et de la dépression en particulier, est forte, tandis que la perception d'un vieillissement associé à des déficits relationnels et à l'isolement est centrale. La proximité avec

les conceptualisations anglophones se retrouve également dans l'usage des questions de personnalité et des normes sociales d'âge. D'une part, dans le glissement, la personnalité est moins mobilisée pour spécifier une particularité de l'âge avancé que pour expliquer la diversité possible des réactions face à la situation traumatique réactivée. D'autre part, les présentations du syndrome de glissement sont proches du traitement qui a été fait du suicide des âgés dans le contexte anglophone, en raisons de la centralité des processus de discrimination et d'âgisme, intervenant aussi bien dans le processus que dans son évaluation. Il y a là, en effet, une perspective de dénonciation de l'âgisme qui s'opère selon un argumentaire très proche des documents anglophones : risque de non-diagnostic de dépression ou de toute autre pathologie susceptible d'expliquer l'état de dégradation psychique et physique.

Conclusion

Pour conclure sur la littérature francophone étudiée, et sous réserve des limites liées à la sélection de notre corpus, l'analyse met en exergue une oscillation entre deux positions :

- l'une généraliste pense les conduites suicidaires des âgés à l'aune des catégories et instruments de mesure davantage développés pour/à d'autres âges et mêle à la problématisation psychiatrique initiale des représentations sociales de la vieillesse (comme âge de moindre impulsivité et moment de vulnérabilité singulière amplifiant des facteurs de risque observés à d'autres âges) ;
- l'autre, plus spécialisée dans le champ du vieillissement et traitant la suicidalité de façon marginale, présente pareillement une focalisation sur les entités psychopathologiques, mais selon une problématisation très distincte et caractéristique du champ français, suggérant davantage des spécificités des expressions morbides des aînés, des expressions somatiques et psychiques singulières fortement associées à une vision déficitaire du vieillissement et à l'isolement.

Ces perspectives témoignent, dans les deux cas, de lectures individualisantes des conduites suicidaires, mettant l'accent sur les troubles intrapsychiques ou les incapacités individuelles à faire face aux pertes de l'avancée en âge (de santé, de liens, de sens). Dans le même temps, l'introduction des dimensions sociales demeure importante, de même que les considérations liées aux effets des normes d'âge et aux discriminations : si elles sont moins opérationnalisées que dans la littérature anglophone sur la suicidalité des âgés, ces considérations demeurent récurrentes, dans la littérature de psychiatrie et d'épidémiologie généraliste comme dans la littérature de psychogériatrie traitant marginalement des conduites suicidaires. Ouvrant à des lectures sociologiques, ces considérations suggèrent cependant l'adoption d'une conception déficitaire du vieillissement, qui n'a pas totalement rompu avec les discours de sens commun entourant la vieillesse – un temps de perte, de déficit, de vulnérabilité, tenant peu compte des ressources sociales et subjectives également accumulées tout au long des parcours biographiques, pour négocier les changements de mode de vie et d'identification accompagnant le vieillissement. En sorte que ce cadrage expert fait, par certains aspects, écho aux éléments que nous avons analysés s'agissant du cadrage médiatique et politique durant la période de crise sanitaire. Portant l'accent sur des facteurs centraux tels que l'isolement et la solitude, ce registre tend à renforcer les débats publics ciblant la capacité du *care* institutionnel à attacher à la vie en l'absence du *care* familial, en particulier au sein de la littérature consacrée au syndrome de glissement. De même, considérant rarement la population âgée de façon stratifiée et présentant essentiellement des facteurs de risque généraux, cette population est d'abord conçue comme un groupe homogène et vulnérable, particulièrement à risque durant la pandémie. Comment ces cadres de conceptualisation sont-ils appropriés par les

professionnels interrogés durant notre enquête, et ont-ils des effets notables ? Comment s'inscrivent-ils dans les contextes de travail que nous avons pu observer ?

2. Pluralité de positions et d'enjeux professionnels affectant la lecture du mal-être et de la suicidalité des âgés

La littérature consacrée à la suicidalité des âgés paraît partager certains traits avec le cadrage médiatique et politique qui a eu cours durant la pandémie, et est susceptible de véhiculer une perception singulière du sujet âgé faisant écho à certaines représentations communes entourant la question du vieillissement et de ses enjeux. Plurielle, cette littérature est susceptible de s'inscrire différemment au sein des champs professionnels rencontrés durant notre enquête. En la matière, deux populations de professionnels interrogés au cours de notre enquête semblent tout à fait distinctes dans leur appréhension de la suicidalité des âgés, mobilisant de façon très différenciée les catégories d'analyses précédemment évoquées.

2.1. Les professionnels des Ehpa et Ehpad

2.1.1. Une lecture du mal-être peu empreinte de catégories expertes et structurée par les contextes institutionnels

Les professionnels des Ehpa et Ehpad rencontrés durant notre enquête sont, sans surprise, très éloignés de la mobilisation des grilles de lecture expertes précédemment évoquées. Loin de la littérature de psychiatrie et d'épidémiologie et de ses modes d'appréhension du mal-être, ces professionnels mobilisent peu les entités psychopathologiques et se réfèrent peu à ce mode de lecture. L'analyse des discours des 22 professionnels rencontrés en Ehpad et en Ehpa lors d'entretiens individuels ou collectifs montre, à ce titre, une différenciation forte des visions de ce qui fait mal-être, celui-ci étant conçu de façon générale, sinon vague, et considéré d'abord en raison des enjeux propres aux différents contextes de travail.

En Ehpa, les professionnels sont, tout comme les résidents, fortement soucieux de se distinguer d'Ehpad érigés en figures repoussoirs, tout particulièrement depuis la pandémie et de récentes productions éditoriales et médiatiques²¹. Dès lors s'il y a mal-être, celui-ci est plutôt rattaché à l'histoire de vie ou le caractère du résident, plutôt qu'à son entrée en institution – l'entrée en Ehpad étant perçue comme contrainte alors que l'entrée en résidence autonomie comme un choix positif.

Les professionnelles décrivent ainsi les résidents comme « allant plutôt bien » et « contents d'être ici » : « C'est pas comme dans les Ehpad, ici, s'il y a des dépressifs, c'est lié à leur histoire de vie, c'était là avant. » ; « Les résidents ont peur d'aller en Ehpad, donc tant qu'ils sont là, ils sont contents. »

Ainsi, dans les récits collectés, le travail en Ehpa est souvent comparé à celui des Ehpad, en particulier dans la vision des espaces privés, dans la balance respect de l'autonomie décisionnelle vs mission de prévention et de protection, puis dans la vision de ce qui fait indice du mal-être. En Ehpa, par exemple, la chambre des résidents est pensée comme un logement

²¹ Cf. le Cash investigation du 1^{er} mars 2022 et la publication de l'ouvrage *Les Fossoyeurs* auxquels certains ont fait référence durant les entretiens soit de manière directe (« *Qu'est-ce que je peux dire encore ? Ici, je suis très bien, c'est pas ORPEA ou Go... KORIAN... je sais plus comment on dit... On est bien nourri, c'est équilibré. Et y'a des animations.* » dira Madame Martin), soit de façon indirecte dans un Ehpa où les controverses sur l'action gériatrique durant la pandémie ont suscité l'engagement d'un audit des résidences autonomie ayant considérablement pesé sur le lancement de l'enquête sociologique : les professionnelles de la résidence autonomie étaient en effet très réticentes à y participer de prime abord.

privé, soustrait en principe aux missions de surveillance, de prévention et de protection pouvant par ailleurs être mises en œuvre dans les espaces collectifs.

« Contrairement aux Ehpad, ici, ils sont libres d'aller et venir, même la nuit. C'est leur maison, c'est leur jardin. On doit être présents, mais sans être intrusif. Ils ont leur appartement et c'est chez eux – c'est pas comme à l'Ehpad où ils ne frappent même pas aux portes. Ils ont leur propre cuisine et salon, salle de bain et leur chambre. »

Ceci implique par exemple que des consommations d'alcool en chambre, pouvant toutefois être jugées excessives par les professionnels, ne sont ni interdites ni perçues comme des indices d'un mal-être sur lequel intervenir.

« L'autre signe de mal-être, ce serait l'alcoolisme parce que se noyer dans l'alcool, c'est quand même le signe qu'on ne va pas très bien. Mais ça ne pose pas de problème avec les autres, le seul truc c'est les chutes... Après, on ne peut rien faire parce que les gens ont de l'alcool chez eux et c'est *chez eux*. On n'a rien à dire. Ça, des fois, les familles ne comprennent pas, mais si les gens étaient chez eux, personne ne pourrait les empêcher. C'est comme fumer, on nous dit : « Ah mais il a des problèmes de poumons et vous le laissez fumer ?! » « Oui ! » ou il est diabétique, s'il veut sa religieuse, il aura sa religieuse. On gèrera après s'il fait un malaise ! [Rires] Oui, on leur donne des cigarettes et des gâteaux !
C'est vrai, on nous confond avec les Ehpad... les pompiers qui veulent les dossiers médicaux, mais nous on ne les a pas ! Il faut qu'ils appellent les médecins. Comme au domicile. Ou même les familles, c'est pareil, ils nous confondent avec un Ehpad. Ici, on ne fait pas du médical. »

De manière plus large, l'investissement de l'espace privé peut être vu comme le signe d'une personne qui va bien et la désertion des activités collectives ne déclenche pas une alerte. Les professionnelles sont plutôt attentives aux changements de comportement : si quelqu'un investissait par exemple peu les activités collectives et se met à le faire ou inversement.

« Nous, on est vigilante plutôt à tous changements de comportement : par exemple quelqu'un qui vient en animation et qui ne vient plus ou qui prend ses repas en collectif et les prend dans sa chambre. » Une autre : « Ou même l'inverse ! » « Oui, ou l'inverse, en fait c'est tout changement d'attitude. Ça peut être brutal (et là on peut se demander si c'est la date du décès de sa fille par exemple) ou sur plusieurs semaines petit à petit. Tout changement, ça nous inquiète. »

L'équipe tient un cahier de liaison et a des réunions d'équipe tous les jours. Parmi les informations échangées, ces changements de comportements tiennent une place importante.

« Ça peut être beaucoup de choses : « Tiens, j'ai croisé Madame Untelle elle était comme ça, alors qu'avant-hier, elle était différente ». Ça peut être des attentions sur une personne, ça peut être un changement de comportement... Donc, là, on en parle, on veille. Et puis, s'il faut on alerte. Moi, s'il faut j'alerte l'accompagnante du CCAS qui, en plus, connaît très bien les résidents puisqu'elle passe, elle, directement au domicile, régulièrement, voir comment ils vont. Surtout les personnes fragiles, fragiles et sans famille. »

A contrario, dans des Ehpad ayant mis en scène le travail sur le lien social pour requalifier leur activité – valorisation du repas comme le montre Laura Guérin (2016), du lien entre résidents, des liens intergénérationnels, la désertion ou la fréquentation subversive des espaces communs (participer en déqualifiant les activités ou les autres participants aux activités) constituent clairement l'indice d'une personne qui va mal. Loin de mobiliser les catégorisations psychiatriques pour rendre compte des conduites des résidents, les professionnels mobilisent ainsi davantage le registre des pratiques et enjeux au sein de l'établissement et des rythmes de vie qui s'y associent. Les professionnels de l'Ehpad

soulignent, à ce titre, à plusieurs reprises, que tel ou tel résident a du mal à sortir de sa chambre et mettent en place des stratégies pour l'amener progressivement à participer aux activités de groupe – le PASA pouvant être utilisé comme un espace d'observation. Sont également signalés comme indices de mal-être les signes de coupure dans les relations : fermer sa porte de chambre, avoir les bras croisés, le visage fermé, ne plus aller chez le coiffeur, les refus de soins et de traitement.

De même, le déconfinement est vu comme un moment ayant rendu plus difficiles les dynamiques de groupe, ce qui pèse sur les activités des professionnels qui y voient un indice de mal-être qui perdure. Si une forme d'investissement de la chambre est valorisée par les professionnels (la décorer, y mettre des objets personnels ou des traces des activités réalisées dans l'Ehpad), un repli dans la chambre fait clairement problème et fait craindre un processus psychique à surveiller. Pour autant, les professionnels sont conscients de la surveillance qu'ils exercent et du passage difficile vers la vie collective et soulignent, paradoxalement, ce que le confinement en chambre a aussi autorisé :

Médecin : Disons qu'il y a aussi pas mal de résidents, quand ils arrivent en Ehpad, qui veulent bien aussi leur intimité. Des fois, il y en a qui ne veulent pas aller dans la salle à manger, qui veulent pas participer aux animations... Et, là, c'était un peu... le confinement leur... le confinement, c'était leur... voilà, pour eux... voilà, ils ont le droit, *enfin*, de rester dans leur chambre ! Et de pas, voilà... nan mais c'est vrai.

Assistante sociale : Ça, c'est souvent les personnes qui étaient isolées à leur domicile et, d'un coup, on leur demande de vivre en collectivité, il y a aussi cette difficulté-là.

Malgré l'absence de mobilisation des catégories spécialisées sur le suicide, cependant, une proximité avec certains traits de la littérature sur la suicidalité des âgés paraît observable dès lors qu'il s'agit de spécifier certaines formes de mal-être.

2.1.2. Une proximité vis-à-vis de la lecture psychogériatrique francophone

Focalisant leur regard sur des difficultés comportementales renvoyant aux enjeux de structure, les professionnels tendent à faire valoir le peu d'expressions verbales suicidaires, qu'il s'agisse de planification ou d'idéation, et la lecture des signes de mal-être s'organise d'abord dans le registre du retrait silencieux et passif. Sans se référer véritablement aux catégories de la littérature, cette représentation est davantage associée à la dimension suicidaire du mal-être. En la matière, seule la figure du syndrome de glissement paraît explicitement et régulièrement mobilisée, sans que sa conceptualisation ne soit opérationnalisée au plan des pratiques, ni bien délimitée. Elle constitue en fait une référence vis-à-vis d'un détachement qui, s'il n'aboutit pas souvent à cet extrême, renvoie à une forme de mal-être assez protéiforme et non explicitement associé aux conduites suicidaires conventionnelles. En effet, les conduites perçues comme des déviances face aux rythmes et fonctionnements institutionnels (comme les troubles du sommeil portant atteinte au rythme collectif) ne sont pas pour autant associées à une dimension suicidaire. C'est en revanche l'abandon somatique (ne pas s'hydrater, moins se nourrir, se laisser aller), assimilé à une forme d'abandon de soi, qui est implicitement rattaché au domaine suicidaire, en écho à une représentation singulière déjà relevée dans la littérature psychogériatrique.

À ce titre, même lorsque les professionnels mentionnent l'existence de velléités suicidaires verbalisées clairement par les résidents, c'est d'abord ce registre passif et comportemental, sinon somatique, qui prévaut. Ainsi en est-il de cette aide-soignante qui précise ses inquiétudes face au mal-être des résidents :

« Faut se méfier de l'eau qui dort. Effectivement il y a des gens qui vont vous dire j'en ai marre je vais mettre un terme à ma vie. Des fois on rigole, on rigole, oui. Mais des fois ben

ça arrive, hein, c'est un appel au secours je ne sais pas hein, mais effectivement c'est vrai que des fois quand ils sont un peu calmes, bon je me dis j'espère que... »

Cette perception générale paraît d'ailleurs si ancrée qu'elle tend à dépasser les effets de formations professionnelles. Ainsi, malgré une socialisation aux nosographies psychiatriques et au diagnostic de dépression, le médecin d'un des Ehpad enquêtés souligne longuement l'importance des manifestations passives et non verbalisées du mal-être. Et cette lecture ne mobilise pas les signes comportementaux ou somatiques selon une lecture psychopathologique susceptible d'associer ces éléments à une entité clinique définie (comme une dépression masquée). L'interviewée suggère davantage l'idée selon laquelle les troubles cognitifs et les altérations physiologiques rendent finalement complexes la verbalisation et même l'élaboration d'idées ou de plans suicidaires, qui sont par ailleurs difficiles à évaluer selon des modalités standards. La psychopathologie est alors réduite à un repérage de symptômes généraux comme l'apathie ou l'anxiété, sans qu'une entité clinique ne soit ici délimitée ou mentionnée. Les ressources médicamenteuses sont considérées comme ne pouvant finalement pas répondre de façon adéquate aux situations. Sans mobiliser directement et explicitement les catégorisations psychiatriques et de prévention du suicide, moins encore la littérature de suicidologie spécialisée sur la population âgée, ces considérations tendent ainsi à faire écho à certaines représentations générales, observables dans la littérature de gériatrie francophone relative à un retrait silencieux, quasi inconscient ou du moins non verbalisé, fortement somatisé.

Au-delà des indices utilisés pour mesurer le mal-être, ce sont enfin les explications données à ce mal-être qui varient d'un lieu à l'autre. En Ehpa, les expressions émotionnelles douloureuses sont régulièrement imputées aux histoires de vie tandis qu'en Ehpad, les difficultés psychiques et relationnelles des résidents sont plus souvent reliées à l'Ehpad – qu'il s'agisse des conditions d'entrée dans l'Ehpad (l'avoir voulu ou pas), des façons de l'investir ou des relations avec les autres résidents. Si le poids des biographies est pris en compte par certains professionnels (notamment la psychologue de l'Ehpad en contact avec les sociologues), c'est bien souvent pour expliquer les inégales capacités à faire face aux difficultés intrinsèques à l'Ehpad, porteur de misères spécifiques au grand-âge (dernière maison, voisinage difficile avec d'autres aux fonctions sensorielles, physiologiques, cognitives altérées, cadrage institutionnel des modes de vie). Dans un contexte où la figure de l'institution totale demeure forte et où la centralité du *care* institutionnel est mise en balance avec le *care* (ou l'absence de *care*) familial, les enjeux d'entrée en institution sont alors présentés comme le moment charnière du bien-être du résident. La condition du bien-être est alors d'abord redevable de « l'accueil », c'est-à-dire du *care* institutionnel et de ces capacités de socialisation, tandis que les relations familiales sont systématiquement considérées comme ressources pour le bien-être des résidents. Cette articulation entre attachement relationnel (institutionnel et familial) et lecture en termes de retrait passif et de détachement somatique présente des affinités essentielles avec le cadrage observable dans la littérature gériatrique francophone. Le médecin mentionné précédemment et relevant les limites des thérapeutiques classiques face à des symptômes psychiatriques articule d'ailleurs fortement relationnel, mal-être et *care* institutionnel et met en avant une injonction à la personnalisation du soin bien documentée dans le champ médico-social :

« Les ressources qu'il reste sont non médicamenteuses [...], c'est tout le travail des équipes [...] les gens réagissent à la présence des familles même s'ils ne peuvent plus les reconnaître. [...] Il y a des soignants protecteurs, en plus des soins ritualisés et obligatoires, ils amènent un soutien. C'est cette personnalisation des soins qui ramène le statut de personne ».

Les représentations de ce qui fait mal-être peuvent aussi fluctuer selon les formations des professionnels interrogés et constituer des analyses des logiques et normes professionnelles. Par exemple, les aides-soignantes, agentes des services hospitaliers et

responsables, se focalisent sur les émotions/expressions qui vont entraver la vie collective, la réalisation de leur travail et être gênant pour les autres résidents : comme la colère, l'agressivité, les insultes ou encore les gémissements. À l'inverse, pour les psychologues, la colère ou l'agressivité ne sont forcément préoccupantes en soi, alors que l'absence d'émotions associée à une perte d'élan vital est perçue comme un signe fort de mal-être – même si la perte d'élan vital n'a pas toujours été jugée préoccupante chez les psychologues exerçant dans le champ de l'action gériatrique (Fourasté, Sudres et Tap, 1989).

2.2. Les professionnels de psychiatrie et de prévention du suicide

La population des professionnels impliqués dans la prise en charge et la prévention des conduites suicidaires diffère nettement dans sa manière d'approcher la question du mal-être et des conduites suicidaires. À l'inverse des professionnels des Ehpad et Ehpa, les professionnels de psychiatrie impliqués dans la prévention des conduites suicidaires s'approprient de façon centrale les lectures expertes de la suicidologie, et plus particulièrement celles issues de la littérature de psychiatrie et d'épidémiologie, notamment en ce qui concerne : 1) la centralité des processus psychopathologiques, 2) le caractère moins impulsif des conduites suicidaires des âgés, mais également en ce qui a trait 3) à une vision déficitaire des motivations suicidaires, fortement impactées par des problématiques de santé et de douleur, ainsi que par une perte des rôles sociaux et un isolement. Toutefois, si la perspective psychopathologique est sans surprise centrale – ces professionnels étant socialisés à la psychiatrie par leur formation et leur pratique, mais également à la suicidologie (au travers de formations), et si des visions déficientes sont effectivement véhiculées, elles n'en demeurent pas moins attachées aux enjeux spécifiques et routiniers de l'activité de soin et ne sont pas sans susciter des tensions intéressantes.

2.2.1. Traduire les catégories de la prévention selon les ressources professionnelles

Comme dans la littérature de suicidologie générale, les questions psychopathologiques sont centrales chez les professionnels interrogés au sein des dispositifs de prévention généralistes comme au sein des dispositifs de prise en charge psychiatrique spécialisés dans le sujet âgé. Cette centralité transparaît dans le mode d'explication des difficultés rencontrées par les patients et s'inscrit surtout dans les enjeux relatifs aux ressources et dispositifs mobilisables par les professionnels. En sorte que les catégorisations de la prévention et de la psychiatrie font l'objet d'une traduction tout à fait pragmatique et routinière permettant d'organiser l'activité. Si la psychopathologie est ainsi de premier ordre, c'est d'abord que l'évaluation constitue le cœur du travail accompli et guide les réponses proposées. C'est parce que le suivi psychiatrique constitue la ressource centrale de ces professionnels que la traduction des catégories psychiatriques et des catégories de la prévention du suicide constitue le point nodal de la pratique. Cette traduction diffère selon le type de dispositif considéré, généraliste ou spécialisé dans le sujet âgé.

Au sein du dispositif généraliste de prévention du suicide, la mobilisation des facteurs généralement mentionnés dans la littérature de suicidologie est commune et la singularisation des questions d'âge est limitée. Peu aux prises avec une population âgée, la question psychopathologique ou les considérations relatives aux types de conduites suicidaires ne sont pas rapportées aux singularités de la population. Lorsqu'elles le sont, c'est d'abord sous la forme d'un sentiment personnel. S'ils associent les conduites suicidaires du sujet âgé à une moindre impulsivité, les professionnels ne renvoient pas spécifiquement à des éléments connus de la littérature (malgré une socialisation notable dans le champ de la prévention du suicide). Et bien que la distinction entre conduites suicidaires impulsives ou préméditées soit centrale en raison de l'enjeu de *suivi*, elle n'apparaît pas entraîner une inquiétude ou une difficulté particulière, comme le suggère cette infirmière :

- Ben moi je pense que c'est plus des actes réfléchis. Je pense que c'est plus... Je ne dirais pas prémédité, mais réfléchi. Impulsif, pas sûr qu'il y ait beaucoup de personnes âgées qui fassent ça de façon impulsive. Il y en a, mais euh... Je pense que c'est plus réfléchi
- Ok. Et au niveau des réponses ce sont les mêmes ?
- C'est les mêmes, c'est Centre médico-psychologique, urgences psychiatriques. On sollicite peut-être plus la famille. On appelle plus facilement les enfants, le médecin traitant.

De même, la dépression ne fait pas l'objet d'une conceptualisation spécifique pour le sujet âgé, au contraire de ce qui est observable dans la littérature internationale.

Le dispositif spécialisé dans la prise en charge du sujet âgé est, lui, caractérisé par la nécessité de production de réponses adaptées. En cela, à la mobilisation de psychopathologies comme la dépression ou la psychose (qui encore une fois ne font pas l'objet d'une caractérisation spécifique pour le sujet âgé, contrairement à la littérature internationale), s'ajoute la prise en compte de la différenciation des symptômes associés aux troubles neurodégénératifs et relevant potentiellement de spécialités particulières. Un psychiatre travaillant au sein du dispositif spécialisé dans la prise en charge des âgés mentionne assez clairement cette question :

Et après, une autre catégorie ce serait les patients qui clairement ont des plus ou moins des symptômes psychiatriques, mais clairement en lien avec une maladie neurologique déjà étiquetée ou très fortement suspectée quoi. [...] Mais qui sont pris en charge ici. Alors ça c'est... (rire) c'est un grand enjeu de qui s'occupe euh... des patients avec des troubles cognitifs, ce qu'on appelait avant les démences quoi. Qui s'occupe des patients déments ou en voie de devenir dément ? C'est classifié dans la neurologie, en France c'est en théorie les neurologues qui s'en chargent. Dans plein d'autres pays ce sont les psychiatres qui font la prise en charge de A à Z. Y compris les ponctions lombaires, vraiment tous les bilans diagnostics. Ici en France c'est en théorie plutôt les neurologues, mais en fait dès qu'il y a des problèmes de comportements les neurologues n'ont pas les structures adaptées, n'ont pas la formation adaptée non plus...

Cette spécialisation se traduit par la présence de neuropsychologues chargés d'évaluer certaines fonctions cognitives, d'une spécialisation médicale double en psychiatrie et en gériatrie et d'une spécialisation infirmière en psychiatrie et gériatrie.

Cette centralité de l'enjeu de prise en charge et de suivi au sein des deux dispositifs explique les degrés et formes de traduction des catégories psychiatriques et d'évaluation du processus suicidaire. Ainsi, pour les professionnels, si la place des familles n'est pas négligeable, elle diffère radicalement de celle observable dans le discours des professionnels des Ehpad. La famille est considérée d'abord comme une ressource rendant accessible l'information, comme un appui dans le cadre du suivi ou comme un facteur protecteur dans l'évaluation des risques. Si les discours relatifs aux problématiques d'isolement ou de retrait des familles sont courants et renvoient nettement aux conceptions médiatiques, politiques ou expertes, ils ne constituent pas, pour autant, des enjeux particuliers du travail. De la même manière, les éléments biographiques et sociaux sont pris en compte dans les processus d'évaluation mais ils ne constituent pas un enjeu particulier de la pratique et de la prise en charge et sont subordonnés à la lecture en termes de psychopathologie.

2.2.2. *Limites et tensions au principe de la prise en charge*

Les lectures observées dans la littérature suicidologique s'inscrivent de façon singulière dans la pratique et dans les enjeux propres au travail de soin. Des tensions, à ce propos, sont intéressantes à relever, renvoyant précisément aux limites des réponses disponibles au sein des

dispositifs. C'est le cas, notamment, en ce qui concerne les populations aux prises avec des difficultés psychiatriques de long cours et pour lesquelles les dispositifs ne permettent pas une réponse suffisante. Observable dans d'autres contextes de soin psychiatrique auprès des suicidants de tous âges (Pisu, 2018), une tension s'exerce en effet précisément dès lors que les ressources à disposition ne permettent pas d'endiguer suffisamment le risque considéré, suscitant une forme d'individualisation des problématiques de la part des professionnels : les patients pour lesquels les réponses habituellement proposées sont insuffisantes (le suivi étant jugé inefficace) sont alors d'abord perçus comme étant à la source des difficultés de prise en charge. En effet, les professionnels perçoivent la difficulté à s'approprier les réponses proposées comme étant hors du champ de responsabilité des patients, ceux-ci étant en proie à des processus pathologiques sur lesquels ils n'ont pas prise ; et, dans le même, cette difficulté est à la source du fonctionnement propre des patients qui finit par mettre en échec la prise en charge : le patient n'y est ainsi « pour rien » (lecture déresponsabilisante), mais met par ailleurs activement « en échec » la prise en charge (individualisation de la problématique). C'est ce qui ressort assez bien du discours de cette infirmière travaillant au sein d'un dispositif généraliste de prévention du suicide :

- Elle met tout en échec. Elle n'y est pour rien, c'est comme ça.
- C'est-à-dire elle met tout en échec ?
- C'est-à-dire que tout ce qui lui est proposé ne lui convient pas. Pour autant, elle continue à aller au CMP, pour autant elle continue à voir son psychiatre, pour autant elle continue à vivre, mais pour autant elle est toujours suicidaire. Et elle fait par moment des passages à l'acte assez importants. Et pourtant elle est prise en charge régulièrement par le CPN en hospitalisation séquentielle, et depuis un certain temps là... comme elle fait partie de, elle est dans le dispositif parce qu'elle fait des TS (respiration), elle nous appelle toutes les semaines, c'est des appels qui durent minimum je vais dire 45 minutes une heure. Sauf qu'on ne peut pas lui envoyer le SAMU parce qu'elle refuse toute prise en charge. Elle nous dit qu'elle est suicidaire, mais sans être suicidaire, et de toute façon qu'elle a un sentiment d'incurabilité, et que... Et en même temps elle est très attachante, et en même temps elle est très euh... Comment je pourrais le dire sans que ce soit péjoratif... Elle fait en sorte de nous pousser dans nos limites à...

Si cette difficulté est davantage associée aux patients jeunes, les patients âgés et psychiatisés au long cours tendent à susciter les mêmes réactions, comme le suggère cette même infirmière :

- Elle a 89 ans. Et je lui dis ben oui, mais vous êtes mariée, vous vivez avec votre mari : « Oui oui, ben il voit bien mon mari que je vais nettement moins bien euh... mais de toute façon, si ça continue comme ça euh... ». En fait, elle a toujours été déprimée, et elle a fait des tentatives de suicide toute sa vie.
- Question : Mh
- Et elle dit qu'un jour... alors, c'est bien hein ! Alors les médicaments, de la maison. Parce que c'est une infirmière hein, je me suis bien euh... Je lui dis, mais vous avez les médicaments ? « Non non non non c'est une infirmière qui vient le matin et le soir ». Il y a d'autres moyens de se suicider. Je ne vais pas lui dire hein, bien entendu, il y a d'autres moyens de se suicider. Elle m'a dit, de toute façon, il n'y a que les médicaments, donc tant que je n'ai pas de médicaments...
- Question : Vous savez elle a un traitement antidépresseur, qu'est-ce que...
- Ah oui, traitement antidépresseur, traitement pour dormir, anxiolytique, la totale hein ! Mh, elle a tout ce qu'il faut. Et ça ça fait... des années.

Une autre tension, davantage en rapport avec les représentations du vieillissement et de ses enjeux, renvoie cette fois au registre du déficit de *care* institutionnel et de la mort sociale

comme facteur suicidaire. Comme les professionnels des Ehpad, les professionnels de psychiatrie issus des dispositifs de prévention et de prise en charge des conduites suicidaires mobilisent la figure de l'Ehpad repoussoir et de l'enjeu de négligence institutionnelle. La dysfonction du *care* institutionnel et la désaffiliation fonctionnent ainsi, particulièrement au sein du dispositif dédié au sujet âgé, comme un mode d'explication des situations de mal-être, sinon des vellétés suicidaires, chez les patients en Ehpad. Plusieurs professionnels, en particulier ceux effectuant un travail de liaison auprès d'établissements pour personnes âgées, soulignent ainsi la situation objective de relégation des personnes au sein d'établissements insuffisamment accueillants et attentifs, ne considérant les difficultés que lorsque celles-ci perturbent la routine de l'établissement (comportements agressifs notamment). Contrairement aux Ehpad, cependant, la référence au glissement est inexistante et la psychopathologie demeure centrale. Une tension s'opère alors dans l'appréhension de ses situations, impliquant un enjeu affectif fort et la mise en évidence des limites de la prise en charge psychiatrique.

Les situations de mal-être sont en effet considérées à la fois dans le registre psychopathologique et comme la résultante d'un environnement social délétère suscitant une forme de mort sociale dégradante : s'articulent ici facteurs environnementaux et processus pathologiques. La dépression est alors une entité clairement mobilisée pour décrire l'état psychique des personnes, et elle est considérée comme le résultat de l'environnement et du contexte spécifique auxquels les patients sont soumis. La dépression est réactionnelle et constitue finalement une réaction normale face à l'adversité :

« Madame machin, je ne sais pas si tu peux euh... Parce qu'elle n'est pas bien, elle est triste, elle veut mourir, elle veut... Et voilà, et c'est de pire en pire, elle n'était déjà pas bien et c'est de pire en pire ». Je lui dis « Ok, pas de problème ». Donc je vais voir cette dame, donc je discute avec elle. Et puis effectivement, alors... Elle te dit pourquoi elle n'est pas bien, et ça tient la route quoi ! [...] Bah c'est de la dépression réactionnelle, tout simplement »

La projection personnelle des professionnels est évidente et renvoie à un discours moral sur le traitement de la vieillesse :

« Mais putain il y a des gens qui sont toute la journée dans leur chambre en train de regarder un mur quoi... [...] Dans leur lit, ou dans leur fauteuil, ou voilà. Et ils sont, ils sont... Voilà. S'il n'y avait pas le plateau-repas qui venait de temps en temps ils seraient seuls comme des chiens toute la journée quoi. Et tu sais... moi je ne peux pas quoi, je ne peux pas me dire qu'on laisse les gens comme ça. [...] C'est affreux. Ce n'est pas humain en fait. Et je ne pointe personne hein, je ne pointe pas du tout les équipes ou quoi que ce soit... je me dis putain c'est pas normal quoi ! [...] C'est quoi ce pays où... où tu paies 2000 € pour crever à la limite comme un chien quoi. »

L'articulation entre situation objectivement délétère et rejet moral crée alors une tension vis-à-vis de ce qu'il est possible de faire avec cette population.

Ici, la référence à la psychopathologie constitue une ressource centrale pour les professionnels, puisqu'elle invite précisément à considérer la prise en compte de la souffrance psychique comme mode d'action privilégié. Ainsi, mettant en porte à faux les soignants des Ehpad dont la socialisation aux troubles psychiques est jugée très limitée, et qui tendraient ainsi à négliger cette souffrance psychique, les professionnels mettent précisément en avant l'importance de considérer celle-ci en propre, de ne pas la minimiser et de solliciter les équipes de psychiatrie. Sans pouvoir transformer le contexte de vie, l'action jugée légitime est alors de mobiliser la thérapeutique professionnelle pour réduire cette souffrance :

« Alors, la situation on ne va pas la changer. Par contre, on peut proposer une prise en charge qui va faire en sorte que son ressenti de la situation sera peut-être moins douloureux. »

Dans le même temps, cependant, les limites d'une telle prise en charge sont explicitement mentionnées, mettant en contradiction la logique même de l'action psychiatrique. Limiter les souffrances constitue un minimum éthique, jugé cependant insuffisant cette fois-ci au regard de considérations personnelles :

« Alors de temps en temps j'essaie de leur dire : "mais peut-être vous avez quand même encore des visites, ou parfois quand il y a des activités vous avez ces petits moments de plaisir. Il faut essayer de vous en emparer". Mais en même temps, mon dieu que c'est hypocrite tu vois... Parce que si moi je n'avais que ça à quoi me raccrocher... »

L'articulation entre la figure de l'Ehpad négligeant et producteur de mort sociale et la logique psychiatrique produit ainsi une tension spécifique. À la fois ressource, la lecture en termes psychopathologiques implique un principe constitutif de la prévention du suicide qui est celui du rejet de la mort volontaire, et qui tend à susciter une contradiction dans le jugement de telles situations. La logique de l'apaisement doit prévaloir, dans le même temps que de telles situations sont jugées normales, fortement mises à distance moralement et inquiétantes au regard d'une considération plus personnelle de la situation. Ainsi trouve-t-on dans un même entretien des positions antinomiques qui illustrent bien une tension forte au principe d'une telle prise en charge et qui met en difficulté le rôle professionnel. D'un côté, la psychopathologie, à la fois comme entité clinique permettant de saisir et lire le comportement et comme principe d'action, constitue une référence pour l'action et pour la constitution d'un rôle auprès des âgés, impliquant le refus de la légitimation du désir de mourir :

- « Question : Est-ce que tu as des situations où ce désir de mort, ou cette non-envie de vivre... te paraissent audibles en propre ? C'est-à-dire où toi tu n'agirais pas contre ce...
- Mhmh. Oui je pense que... Après, c'est notre médecin-chef qui dit toujours ça, qui dit : "on n'a pas une obligation de résultat, mais on a une obligation de moyens". Donc moi je pars du principe euh... que... je peux comprendre que tu as 95 ans, que tu veuilles mourir, et qu'on te foute la paix pour crever. Je peux l'entendre hein, voilà. Par contre... euh... par expérience et puis aussi parce que, par conviction, c'est très personnel, je me dis ça peut être un état d'esprit, euh... qui peut être soulagé, et ce soulagement ferait que... il n'y aurait plus ce désir-là derrière. Et pour soulager ça... il faut mettre des choses en place. La moindre des choses devant un tableau comme ça euh... C'est de mettre en place un traitement. »

D'un autre côté, le rejet des conditions jugées productrices de conduites suicidaires et les limites d'une telle prise en charge favorisent une posture contradictoire vis-à-vis des principes de la prévention du suicide :

« En parallèle tu as effectivement ce... ce vide-là, et ce... dans ces Ehpad, et moi aussi ça m'est insupportable tu vois. [...] Tu arrives là-bas le matin, et puis tu les vois parqués... Enfin moi c'est... Mon dieu, alors je dois faire un... tu vois, ça donne, ça doit faire un méga transfert dans ma tête quoi ! Je me dis c'est pas possible de finir comme ça. Et je pense que tu peux questionner toutes les collègues hein, on aura toutes le même discours hein : moi je ne finis pas là-bas, on me pique avant quoi. »

Conclusion

L'analyse du corpus de publications expertes permet de mettre en perspective les discours publics, médiatiques comme politiques, consacrés à la suicidalité et au mal-être des personnes âgées durant la période pandémique, et que nous avons pu explorer dans la Première

partie de ce rapport. Certaines représentations et modes de problématisation du mal-être des personnes âgées sont en effet renouvelés de façon singulière au sein de la littérature experte, constituant alors des références ayant pu alimenter aussi bien le débat public que la vision des professionnels de terrain. Deux logiques, que nous présentons à dessin de façon idéale-typique, nous paraissent assez caractéristiques des traits communs entre littérature experte et discours médiatiques. D'une part, la population âgée tend à être d'abord considérée comme un groupe homogène, connaissant une vulnérabilité physiologique et psychologique croissante qui caractérise ce qu'est le vieillissement lui-même. Ou, pour le dire autrement, le vieillissement est d'abord conçu comme un processus dégénératif adossé à une population peu discriminée : en la matière, la littérature est davantage caractérisée par une certaine individualisation des difficultés, organisée via la mobilisation du registre psychopathologique. D'autre part, à cette vision s'articule une attention particulière envers les facteurs sociaux. En cela, le vieillissement est présenté sous le prisme du risque de mort sociale et de perte des rôles familiaux et sociaux, mais aussi sous le prisme des effets univoques de normes d'âges conçues comme des vecteurs de discriminations et de violence. À ce propos, deux éléments, qui ne résument pas à eux seuls cette attention portée aux dimensions sociales du mal-être des personnes âgées, méritent d'être soulignés : 1) une focalisation sur les effets des carences du *care* institutionnels et du *care* familial, 2) un intérêt limité pour les effets des trajectoires sociales, les effets de socialisation (notamment de genre) et les singularités biographiques des populations considérées.

Ces deux logiques tendent ainsi à former un mode de compréhension des enjeux associés au mal-être des personnes âgées, susceptible d'être mobilisé selon des nuances que nous avons essayé de mettre en évidence en raison des types de discours étudiés et des contextes dans lesquels ils s'inscrivent. Si la psychopathologie a toujours constitué une dimension essentielle au sein de la littérature experte consacrée au mal-être et à la suicidalité des âgés, et notamment la dépression, des manières distinctes de la mobiliser ont été observées : l'âge a ainsi été singularisé alternativement à travers des catégories générales déjà structurantes dans le champ de la suicidologie générale, ou à travers des processus propres au sujet vieillissant. Au niveau des professionnels, par ailleurs, l'appropriation différenciée de ces logiques dépend des enjeux propres de l'activité, aboutissant à des grilles de lectures singulières, selon les contextes, 1) de ce qui fait mal-être et 2) de ce qu'il est légitime et évident de faire face à ce qui constitue une conduite suicidaire ou un mal-être. Malgré ces différences, liées aux socialisations professionnelles et aux dispositifs considérés, pourtant, la centralité des traits précédemment mentionnés demeure. L'inquiétude entourant les effets du *care* institutionnel et familial demeure. L'articulation entre mort sociale et mort psychique ainsi que la dénonciation des discriminations des personnes âgées sont récurrentes, même si elles dépendent nettement des positions institutionnelles et qu'elles entraînent, dès lors, des tensions différentes en termes de pratiques et de valorisations professionnelles. Enfin, l'idée d'une pauvreté des ressources personnelles et biographiques des personnes âgées est également très présente. Ces visions du mal-être et de la suicidalité des âgés doivent maintenant être mises en vis-à-vis des discours, représentations et expériences que nous avons pu récolter directement des personnes âgées interrogées durant notre enquête. Cette analyse permet en effet de remettre en question, ou du moins en perspective, une vision souvent trop monolithique des conduites suicidaires des âgés, puis de mettre en évidence des processus sociaux complexes au cœur de l'enjeu suicidaire, associés à des tensions relatives aux normes de genre et d'âge.

TROISIEME PARTIE. DIRE LE MAL-ETRE ET LE SUICIDE : ENTRE NORMES D'AGE ET DE GENRE

Cette troisième partie est consacrée à l'analyse des récits du mal-être et du suicide — récits en première personne, à l'appui des entretiens qualitatifs réalisés avec des personnes âgées dont certaines sont identifiées comme ayant rapporté des expériences de mal-être ou réalisé des tentatives de suicide, tandis que d'autres non. Conformément à la problématique développée, l'analyse conduite met l'accent sur les normes d'âge et de genre, en ce qu'elles constituent des cadres des narrations et vécus, mais aussi, des résultats de récits coproduits dans des situations d'enquête au cours desquelles les informateurs sont aussi amenés à performer des identifications d'âge et de genre (mettre à distance un mal-vieillir ou au contraire l'incarner, produire un récit conforme ou distant des scripts genrés du suicide...). Prenant appui sur l'analyse comparée des entretiens réalisés en Ehpad, résidence autonomie et via les dispositifs spécialisés de prévention du suicide, cette partie souligne les normes d'âge puis de genre pesant sur les narrations et les causalités déclarées par les informateurs.

1. Quand la conformation aux normes du bien-vieillir suscite des tensions subjectives

1.1. Rester actif et autonome

Pour la majorité des informateurs rencontrés – qu'ils soient ou non suicidants, bien vieillir, c'est vieillir actif, en restant dans la vie jusqu'au bout et non en orientant leur vie sociale et psychique du côté de la mort et de sa préparation. Judith, 78 ans, ouvrière à la retraite, veuve, mère de deux filles dont l'une est décédée, vit à domicile et se dit « privilégiée » car elle a pu développer, suite à son veuvage, des habitudes de sortie et des liens avec d'autres amies veuves. La bonne vieillesse mise en récit est une vieillesse « projet » :

- Et puis alors j'ai toujours des idées, plein d'idées en tête. Je fais un ouvrage, je fais mon coin de jardin, je pense à celui devant, comment je vais l'arranger et tout, voilà.
- *Ouais ! Donc vous avez du programme !*
- Voilà. Tant qu'on a des programmes, tant qu'on a des idées, on est vivante.
- ...
- Oui, bah oui, si on fait rien.. on s'ennuie.. et puis on vieillit plus vite !
- ...
- Marquée par des efforts d'entretien cognitif et l'indépendance :
- Ben je joue aussi à la tablette, hein, normal. Je fais des jeux, pour entretenir le cerveau.
- ...
- Et puis y a tellement longtemps que je me débrouille toute seule, que j'ai du mal à accepter que quelqu'un m'aide.

Mme Belle, 74 ans, vieillissant à son domicile, profite de l'entretien pour lister toutes les actions par lesquelles elle se conforme au bien-vieillir : « marcher tous les matins,... le reste du temps j'essaie de faire un scrabble, des mots fléchés ». Mme Perrin, 72 ans, milieu populaire, indique faire du scrabble car « ça fait travailler la mémoire », des marches, « avoir repris la lecture depuis son opération des yeux ». On retrouve la même chose chez Colette, 84 ans, ancienne secrétaire administrative : « J'aime jouer aux cartes, j'aime jouer au Scrabble, c'est parce que je trouve que ça a.. ça retient un peu de jeunesse, quand on est comme ça ! ».

Ne pas pouvoir s'y conformer est *a contrario* vécu comme une disqualification personnelle. Pour Judith, être aidée, c'est être « diminuée » :

- Et bah voilà oui. J'ai du mal à ce qu'on vienne m'aider.
- *Et donc, quand vous avez des difficultés, vous essayez de vous débrouiller toute seule.*
- Beh oui. Oui.
- *Et même avec des proches, vous le sentez pas de le dire ?*
- Bah non. Non, je me sentirai peut être... diminuée.

C'est aussi le cas chez Mme Bonnet, 73 ans, rencontrée via un dispositif de prévention du suicide, qui ne parvient pas à accomplir les recommandations de sorties relayées par son entourage et ses soignants : « sortir oui, mais pour aller où ? toute seule ? j'ai des gens qui me tendent la main, je dis oui, mais je n'y arrive pas ».

Pour Mme Montet, 70 ans, ancienne secrétaire médicale, atteinte de fibromyalgie, ayant une prothèse de hanche et souffrant de problèmes cardiaques, rencontrée via Vigilans, l'incapacité à sortir et à accomplir une vie qu'elle veut remplie de sociabilités et de « sorties » est source d'un sentiment de disqualification alimentant sa « dépression » : La vieillesse s'y décrit sous le sceau de l'ennui et de la difficulté à tisser des relations de sociabilité de proximité : « Ma fille me dit : "sors faire le tour du pâté de maison... j'en ai rien à foutre" ! ... j'aimerais partir en vacances... en cure. J'ai téléphoné à la sécu, mais ça me coûterait trop cher. Mes gosses peuvent m'aider, mais ça m'embête » ; « j'ai une amie à Montpellier qui s'ennuie comme moi. J'aimerais aller la voir, mais elle m'a dit non parce que je ne vais pas vite [en marchant] ! ».

Chez un homme enquêté, la surveillance familiale et la menace de l'institutionnalisation est même explicite. Louis, 80 ans, ancien clerc de notaire, veuf depuis 10 ans, vivant à domicile en semi-rural, évoque la réaction de son fils après des problèmes de santé survenus il y a plusieurs années : « Et vous savez pas ce qu'il m'a dit ? Si tu ne vas pas mieux, tu te chercheras un Ehpad ».

Son incapacité à se conformer aux normes du bien-vieillir impliquant de rester en projet suscite une souffrance qu'il ne peut évoquer :

- Bah, envisager... plus on avance et plus c'est les problèmes de santé. Se projeter, c'est beaucoup.
- Je dirai plutôt, tant qu'on peut rester autonome, c'est surtout ça. Mais pour le reste, se projeter, les projets... (petit rire) Et puis j'ai l'impression, moi personnellement qu'on va faire un complexe d'avoir atteint un âge comme ça. Hein, je veux dire, si vous avez 80 ans et bah, moi je pars dans l'idée, tu es au bout du rouleau", hein. Hein, voyez, hein... Non, mais c'est vrai, on a l'impression, si on a 80 ans, les projets sont.. Les projets sont plutôt rétrécis et réduits. Et puis se projeter où et quoi et comment ?
- Le seul but c'est de pouvoir garder sa santé, et puis, autour de soi on apprend, ou il décède, ou il part en Ehpad, hein. Alors, (rire nerveux), hein, les projets, ils sont très limités ! Hein, c'est vrai.
- Ou on se dit, bah tiens, tant qu'on fait un jour ici, mais demain, est ce que tu seras pas..
- Hein (rire nerveux), c'est malheureux à dire, et puis à force, ça vous trotte dans la tête quand même ça, on peut pas, hein..
- ...
- Et puis on a beau se faire soigner, on te dit, « bah t'as l'âge de tes artères », point à la ligne. ça veut dire par là que, hm, non.. Et puis on arrive à un moment donné, vous êtes, c'est la sénescence, vous savez ce que c'est la sénescence ?
- Ouais, c'est le processus de vieillissement biologique.

- Bah c'est à dire qu'il y a eu la force de l'âge et puis après, y a le déclin. Et puis ma foi, il faut se résigner, à partir.. Hein, c'est malheureux à dire, mais.
- [Les larmes montent aux yeux et la gorge se serre]
- Ah oui, c'est pas facile hein...

Ce dont ce couple témoigne également avec humour :

- P. Bien sûr qu'on a encore de l'espoir ! C'est ça ! Statistiquement.. (rires)
- Mais bon, si c'est pour finir en face, bon... [à l'Ehpad] On est bien de ce côté-là de la rue, ouais ouais...
- Y. Mais bon. On peut jamais dire jamais hein... on sait pas ce que la vie nous réserve... P. Oh, faut pas penser à ça.. Bah non faut pas penser à ça, mais.. (souffle) faut pas l'exclure non plus. [...] Faut pas l'exclure non plus.
- P. Ah bah non. Il sera temps d'y penser le moment. Le moment venu. D'accord. J'suis d'accord avec toi. »(Pierre, machiniste, Yvette, couturière, mariés)

L'abord sociologique des normes d'âge requiert de ne pas seulement travailler sur les normes et représentations, mais également, sur les façons dont les personnes les mobilisent et les subjectivent. Cette perspective montre que la vision sociale majoritaire de la vieillesse peut également être retournée pour normaliser des difficultés somatiques et relationnelles fortes.

1.2. La vieillesse pour normaliser les failles

Cette normalisation s'opère de deux façons : chez les milieux aisés enquêtés, par la référence au suicide philosophique – figure réactivée par les débats publics autour de la fin de vie, chez les milieux populaires, par l'adoption d'une attitude pragmatique visant à faire avec et considérant les apports de la vie déjà vécue.

Mme Boulogne, 99 ans, Ehpad, issu de milieu aisé, utilise par exemple la vieillesse pour justifier sa demande de mort :

- « Vous savez, vraiment, une fin de vie, vous savez, ce n'est pas intéressant. Qu'on ait le droit de *choisir*... sa... sa fin de vie, ça c'est sûr.
- Pour vous, ce serait quelque chose d'important ?
- C'est... c'est ce que voulais, mais... j'avais fait... pris des renseignements pour la Suisse ou c'était le Luxembourg, puisque, en fait... ici, on n'avait pas le droit. Et puis... ça n'a... je sais pas.
- Pourquoi ça s'est pas fait ? Parce que vous avez arrêté les démarches ou parce que...
- Bah parce que... ils ont été pris, les enfants, et puis, ils trouvaient que... c'était bête de faire ça maintenant, que j'avais le temps...
- Ah, vous avez fait ça il y a quelques années...
- Ben oui.
- D'accord.
- Alors, on a arrêté. Et puis, on en reparle toujours, ils sont toujours d'accord avec moi. Que je peux... alors, on va voir cette année, avec le vote, ce qui va nous sortir Macron. [Silence]

C'est aussi le cas de Mme Voltaire, 81 ans, expliquant sa tentative de suicide juste avant de bénéficier d'une aide médicale au mourir en Suisse, par sa vieillesse et l'apparition d'une maladie neurologique suscitant « *des tremblements* » considérés comme gênants en public et induisant un retrait : « *ce n'est pas beau la vieillesse comme disait Voltaire* ». Après une tentative de suicide raté, elle dit à l'enquêteur accepter « *une vie moche et terne, comme une marmotte* » puisqu'elle a renoncé à l'aide au mourir en raison de l'implication familiale que les dispositifs existants à l'étranger requièrent (voir troisième partie).

Chez les milieux populaires enquêtés, la vieillesse intervient plutôt comme facteur d'acceptation de limitations naturalisées. Il en est ainsi de M. Antoine, ancien facteur, fils de cheminot, âgé de 94 ans, contraint à garder sa chambre en Ehpad à la suite de chutes répétées :

Oui, j'ai été un moment, puis après j'pouvais plus marcher, alors... [Il hausse des épaules.]
[Silence]
— C'est depuis que vous ne pouvez plus vous déplacer que vous n'allez plus en bas ?
Voilà. [Silence]
— Et ça vous va ou ça vous manque d'aller en bas ?
Oh, ça me manque pas.
— Non ? Vous ne pouvez pas vous déplacer en fauteuil ?
[Silence] Ils m'ont foutu... dans un fauteuil... [Silence], Mais a... avant, j'avais un... un machin à roulette.
— Un déambulateur ?
[Il hoche de la tête.] Et puis, j'me suis cassé la binette et depuis... [Il hausse les épaules.]
— Depuis, vous ne voulez plus ?
Je suis comme ça. [Il se montre assis dans son fauteuil.] Oh bah, quand on devient vieux...
[Silence] C'est d'jà un beau âge. [Silence long]

De la même manière, dans le récit de Mme Montet 70 ans, ancienne secrétaire médicale, souffrant de fibromyalgie, de douleurs liées à une prothèse de hanche, de difficultés cardiaques, de troubles du sommeil et de dépression depuis une enfance marquée par des violences maternelles, le mal-être est fréquemment mis en lien avec les pertes naturelles de la vieillesse : « Oh, Vieillir c'est dur ! 70 ans... on me dit : tu ne les fais pas, tu n'es même pas ridée... je m'en fous, je sais que je les ai.. je me rends compte que je ne peux plus faire certaines choses – marcher normalement. J'envie les gens qui marchent normalement ».

Si à domicile, les tensions découlent des difficultés à exprimer des failles dans des contextes où par ailleurs, les offres de soutien psychologique sont absentes, en Ehpad, les situations sont autres.

1.3. Les enjeux du bien-vieillir en Ehpad

Dans l'Ehpad enquêté, les ressources en termes de soins psychologiques ne sont que peu importantes (trois psychologues à temps partiel intervenant à l'échelle de l'ensemble de l'établissement hospitalier duquel dépend l'Ehpad), mais les personnels sont attentifs aux vécus des résidents et, comme déjà présenté, ils adhèrent aux représentations sociales conditionnant le bien-vieillir aux sociabilités entre résidents, aux repas collectifs et aux activités. Ces dernières sont pourtant redoutées par nombre de résidents.

M. Dubois, 76 ans, rencontré par une équipe mobile psychiatrie gériatrie, en Ehpad depuis peu, souffre d'un handicap visuel depuis sa jeunesse. Il utilise les activités de l'établissement pour montrer à l'enquêtrice combien il se conforme, non seulement aux préceptes du bien-vieillir, mais aussi à une masculinité active :

- [À propos des activités en Ehpad, il souligne la gym douce et le vélo avant de préciser]
- L'autre fois, j'ai fait 8 km en une demi-heure
- D'accord
- En vélo, j'ai reçu d'ailleurs un petit diplôme (rire)
- Ça vous fait du bien ?
- Oui j'ai dit bon, t'es pas complètement à plat.

S'il investit les activités conformément aux demandes des personnels encadrants, ce n'est pas pour intégrer un collectif auquel les professionnels aspirent, mais pour, mettre en scène des performances sportives qu'il continue à investir fortement.

Chez un grand nombre de résidents au contraire, le souci de conformation au bien-vieillir implique la mise à distance d'activités occasionnant le voisinage de « gâteux » — en particulier pour les résidents issus de milieux aisés.

Mme Grémiaux, 92 ans, résidant en Ehpad, a été identifiée par la psychologue comme morbide. Elle garde sa chambre au moyen d'une tapette à mouche donnée par une aide-soignante pour repousser ses voisines curieuses.

- Bah oui. Mais c'est des gens qui sont... je reconnais que ce sont des gens malades...
- Mh.
- Qui n'ont pas toute leur resp... tout leur esprit. Mais je ne l'accepte pas ça.

La stratégie est similaire pour Mme Boulogne, issue de milieu aisé, qui expérimente une double disqualification d'âge, mais aussi de classe sociale comme le montre la référence à ce qu'elle a connu dans sa vie antérieure :

- Mais est-ce que vous arrivez à participer, des fois, à des activités ou...
- Ah ! Je ne participe pas !
- Vous n'avez pas envie ?
- Je ne participe pas parce que je n'aime pas ! Ce... ce n'est pas les gens, les gens ne me dérangent pas du tout, mais je n'aime pas..... Moi, je suis pas gâteuse hein ! [Silence] [Rires]
- Oui, vous trouvez que... Vous avez du mal à vous lier...
- Ah ! Tralalala ! Les petites marionnettes [Elle secoue ses mains comme pour agiter des marionnettes.] C'est pas mon style !
- Je comprends.
- Voilà.
- Mais vous arrivez à avoir fait quelques connaissances ? Vous faire des amis, ici, ou des connaissances avec d'autres résidents ?
- Non, j'ai personne pour le moment.
- [...]
- Et, dans votre vie, à d'autres moments, vous avez déjà été triste comme ça ou c'est vraiment d'être à la maison de retraite ?
- Non, c'est vraiment d'aboutir à ce que je ne voulais pas. Non, parce que je ne voulais pas vivre comme ça. Quand je pense... quand je regarde... quand je pense à ce que j'ai vécu... La beauté des pierres, la couleur de l'ardoise... ça fait... je... Et puis, pour moi... je... ça ne m'intéresse pas de continuer à vivre comme ça. [Silence]

Enfin, la tension concerne également les décalages entre catégorisations émiques et étiques – particulièrement illustrées sur le terrain de l'Ehpad où l'équipe a inclus les résidents, après discussions avec la psychologue ayant pointé les difficultés émotionnelles de certains. À plusieurs reprises, l'enquêtrice s'est trouvée face à des résidents exprimant tout à fait différemment leur situation – soit parce qu'ils l'évaluaient différemment, soit parce qu'ils souhaitaient tenir une autre position dans la relation d'enquête, soit pour éviter d'être repéré par la direction ou les professionnels. Autant de situations montrant combien l'expression d'émotions douloureuses peut être disqualifiante dans l'interaction sociale ou source d'étiquetage et de renforcement d'un contrôle institutionnel que certains résidents souhaitent contourner : être mal, c'est, en effet, aussi être sur-sollicité, davantage visité, observé par les professionnels et par la famille.

Ainsi, Madame Laurent est décrite par les professionnelles comme très anxieuse, avec une trajectoire familiale difficile et sujette à des crises de paranoïa. La psychologue lui a proposé en amont de participer à l'enquête. Madame Laurent s'attend donc à l'arrivée de

l'enquêtrice au moment où cette dernière entre dans sa chambre pour lui proposer de faire un entretien. Madame Laurent se montre avenante et souriante pendant l'échange. Si elle fait part à l'enquêtrice de difficultés tout au long de sa trajectoire de vie et à l'Ehpad, elle tend toujours à valoriser le côté positif, soulignant qu'elle se sent « heureuse ». À un moment de l'entretien, une soignante entre dans la chambre de Madame Laurent pour lui donner son goûter :

- Soignante : Et voilà ! Ça va, Madame Laurent ?
- Madame Laurent : Ah oui !
- Vous n'êtes plus triste aujourd'hui ?
- Non.
- Vous voulez rester parmi nous ?
- Oui.
- Bah c'est bien ! [À l'enquêtrice :] Hier, elle était triste...
- Enquêtrice : [À Madame Laurent :] Ah oui ? [À la soignante :] Là, elle disait que ça allait...
- Hier, elle était triste, elle disait qu'elle avait envie de partir... Envie de mourir... Bon, là, ça va mieux.
- Merci.
- Vous êtes bien habillée hein ! Ben dis donc !
- Vous croyez ?
- Ben oui !
- Parce que je suis toujours en peignoir. [Rires] [À l'enquêtrice :] C'est un honneur que je vous ai fait.

La soignante ressort et l'enquêtrice relance Madame Laurent sur ses propos. Alors qu'elle s'était montrée assez loquace, Madame Laurent ne répondra que par de bref « oui ». Il lui faudra quelques minutes pour qu'elle reprenne le dessus et aborde d'autres sujets.

Ainsi en est-il aussi de ces résidents affichant une coopération de surface en allant manger dans les espaces collectifs pour « faire plaisir » au personnel des Ehpad et ne pas avoir à discuter de leur souhait de mise en retrait. Par exemple, alors que l'enquêtrice interroge Madame Bernard sur ses occupations dans la journée, celle-ci évoque les repas :

- Madame Bernard : Aujourd'hui, j'ai demandé une exception... je demande à venir manger sur place, dans ma chambre, parce que je mange plus tranquillement.
- Enquêtrice : Oui...
- Je mange mal maintenant, je fais des bêtises, je ne vois pas clair et j'en mets à côté et ça me gêne énormément parce que... ces regards qui se... donc, je... je reste dans ma chambre. Le plus souvent possible, mais... Je crois qu'ils aiment bien qu'on soit à table aussi, alors... je le fais quand ils me le demandent. [Silence]

Plus loin, Madame Bernard évoque l'anniversaire de ses 100 ans :

- Vous allez fêter vos 100 ans ?
- Bah... j'en sais rien. Vous savez... éventuel... ici, parce qu'elles ont l'air de vouloir... de... je... ça me plait pas...
- Ah ça ne vous plairait pas...
- Ah non, moi, je voudrais bien que... Moi, je veux bien leur offrir tout ce qu'ils veulent, mais qu'ils me laissent tranquille dans mon coin ! C'est ce que j'aimerais. Mais, ici, ça ne marche pas hein ! Ils sont contents quand il y a quelque chose. Et puis... s'il y a surtout des gâteaux... du champagne, ça, ils aiment ça. Alors ça, je leur offrirai des gâteaux et du champagne. [Silence] C'est une triste chose hein... je n'aurais pas voulu ça, moi. [Silence], Mais ça n'a pas l'air de... de venir. Alors, je suis bien obligée d'accepter.
- La loi, vous voulez dire ?

Madame Bernard avait évoqué plus avant son souhait de voir en France une loi autorisant l'euthanasie. Elle-même avait entrepris des démarches il y a plusieurs années avec son mari auprès de la Suisse et du Luxembourg, mais ce dernier est décédé avant. Plus largement, comme c'est le cas de Madame Bernard, certaines femmes identifiées comme « allant bien » par l'équipe, ont pu exprimer au cours de l'entretien des formes de désinvestissement subjectifs forts (attendre la fin, ne plus vouloir se réveiller, faire semblant face aux autres pour être laissée tranquille) qui seront analysées dans la troisième partie de ce rapport.

Au contraire, certains résidents mettent en scène leur mal-être auprès des professionnels comme de l'enquêtrice et cherchent à masquer ce qui peut être apprécié ou investi à l'Ehpad (Rimbert, 2006). Cela peut être, plus largement, permettre de se distinguer des autres résidents se plaisant dans une institution perçue comme disqualifiante. C'est le cas de Madame Roustan, arrivée à l'Ehpad il y a 6 mois à la suite de chutes au domicile. Au cours de l'entretien, Madame Roustan met en scène son mal-être sur plusieurs modes : difficulté du voisinage contraint qui la disqualifie ; intériorisation du vieillir comme charge d'années vides qu'il faut compter (les médecins se fichant, selon elle, des plaintes, trop nombreuses en ces lieux) ; peu d'investissement du parcours de vie et des objets présents dans la chambre. La psychologue nous a orientée vers elle car « elle a tendance à mettre en échec l'équipe » et à dévaloriser les activités proposées. Pourtant, la professionnelle précise que lorsqu'elle arrive à les investir, elle semble bien et gaie. Pendant l'entretien, Mme Roustan dira à l'enquêtrice qu'elle souhaiterait participer à des activités, mais que l'établissement n'en propose aucune.

Dans le même sens, la démonstration et la mise en scène d'un mal-être peuvent être utilisées comme instruments de pression. À l'image de certaines femmes pouvant menacer les professionnels de se suicider s'ils ne répondent pas à leurs demandes ou bien mettant en scène le mal-être et le désir d'en finir pour recueillir une attention institutionnelle. Ainsi, la psychologue nous a orientée vers Madame Rossi qui tient régulièrement à l'équipe soignante des propos suicidaires perçus comme un « chantage pour rentrer à domicile ». Arrivée il y a neuf mois à l'Ehpad (Madame Rossi dira à l'enquêtrice depuis 3 mois), elle est décrite comme ayant du mal à investir l'Ehpad du fait de son souhait persistant de rentrer chez elle. En effet, sa chambre est vide, hormis le poste de télévision ; une valise en cuir contenant quelques affaires personnelles est posée à côté du lit. Alors que l'enquêtrice lui propose de faire un entretien avec elle sur comment se passe sa vie à l'Ehpad, elle annoncera d'emblée qu'elle souhaite sortir d'ici. Elle cherchera rapidement à obtenir des conseils pour y arriver et lorsqu'elle comprendra qu'elle n'obtiendra pas d'aide directe pour sortir de la maison de retraite, elle refusera de raconter sa vie antérieure et actuelle : « Je veux rentrer chez moi, c'est tout ce que je vais dire et je ne dirais rien d'autre ! ». Elle écourtera alors l'entretien au bout de 17 minutes.

De la même manière, la psychologue nous a orientée vers Madame Garcia, une femme de 87 ans qui a un parcours de vie jalonné de violences familiales et conjugales dans un contexte migratoire difficile. Ce parcours a provoqué un fort isolement (en partie lié à son état physique fragile) et un trouble anxiodépressif. Au cours des transmissions, elle est décrite comme « douloureuse et désespérée » avec un comportement « sadique et agressif » envers les soignantes (il lui arrive de les frapper pendant les toilettes). Dès le début de l'entretien, Madame Garcia interpelle l'enquêtrice sur ce qu'elle doit faire pour rentrer chez elle. Elle est suppliante et a les larmes aux yeux plusieurs fois au cours de l'entretien. Elle évoque à plusieurs reprises sa volonté de se tuer, « de quitter la vie » si on ne la laisse pas sortir de l'Ehpad et fait part à l'enquêtrice de scénarios assez précis, précisant à chaque fois qu'elle écrira auparavant une lettre expliquant son geste et incriminant l'établissement. Assez inquiète des propos tenus,

l'enquêtrice termine l'entretien en demandant l'autorisation à Madame Garcia de rapporter à l'équipe ses scénarios suicidaires ; ce qu'elle accepte. La psychologue alors informée s'en étonne. Après vérification dans son dossier, elle se rend compte qu'en effet, Madame Garcia avait fait une tentative de suicide au sein de cet établissement deux ans auparavant et qu'une mesure d'éloignement des objets dangereux avait été prise. Cet « oubli » de la part de l'équipe interroge sur la mémoire institutionnelle et, plus largement, sur la façon dont la réception du mal-être est déterminée par le contexte institutionnel et organisationnel dans lequel il s'exprime (l'accent étant mis sur la mise en échec éprouvante des prises en charge).

L'hébergement en institution semble cependant apporter un cadre permettant de formuler des plaintes difficilement formulables lorsque les personnes âgées vivent au domicile.

1.4. Ne pas pouvoir se plaindre quand on « la chance » de pouvoir encore vivre chez soi

Les entretiens réalisés au domicile par Hélia Poncet, dans le cadre de son stage de Master de sociologie, montrent la difficulté à exprimer les conséquences psychiques de changements dans les relations familiales ou amicales investies ou dans les images de soi (perte d'habiletés dans des activités antérieurement pratiquées – couture, mots croisés). Les récits de ces mouvements sont euphémisés, transparaissent au détour de descriptions de modes de vie ou d'états de santé présentés comme satisfaisants – comparativement à ceux qui sont en Ehpad et ne peuvent plus s'occuper d'eux, mêmes si pour elles (« *enfin... ce n'est pas si simple, mais...* »). Ils émergent dans les interstices comme dans le cas de Madame Petit qui, voulant montrer ses habiletés de couture à l'enquêtrice, échoue et peine à se reprendre.

Lors de l'entretien, Mme Petit passe en revue différents travaux, différentes techniques : point-compté, Richelieu, quilting. Elle raconte en même temps l'histoire de l'ouvrage : des sets de table en forme de feuille, par exemple, qui ont été réalisés pour les fêtes de fin d'année où la consigne familiale était de faire des cadeaux « maison ». Les couleurs sont nombreuses, les tissus aussi. Certaines techniques sont difficiles à reprendre aujourd'hui pour Madame Petit, du fait d'une opération de la cataracte qui rend les tâches d'extrême précision plus complexes. Elle réalise actuellement une broderie représentant son cabanon en été, avec les fleurs. Elle tente de montrer comment cela fonctionne (tout d'abord à partir d'un patron obtenu sur Pic2Pat, qui permet les calculs nécessaires), mais ne réussit pas, le fil ne se positionnant pas bien dans le « stylo », ce qui la contrarie fortement. Elle dit être ridicule quand son cerveau ne veut pas marcher. Elle se parle à elle-même et déplace ensuite l'objet car le fait même de le voir l'agace. Cela coupe court à la démonstration. Le fait même de voir la boîte dans laquelle se trouve son matériel de couture une fois assise la contrarie.

C'est la perte progressive des capacités à coudre qui fait difficulté, d'autant que les pratiques de couture servent par ailleurs de supports aux relations familiales : ne pas réussir, dans un contexte de vie seule, c'est aussi se rapprocher de l'EHPAD qu'on essaye d'éviter.

Sur un autre registre, Louis, 80 ans, ancien clerc de notaire, relate à l'enquêtrice la difficulté à communiquer ses plaintes – renvoyé qu'il est à sa bonne santé et son vieillissement autonome à domicile, contrairement à ceux partant à l'Ehpad :

Bah oui, on me dit, « oh, quand on te voit, tu vas bien, ça se passe bien, y a rien qui, qui ne peut pas aller ». Mais bon, comme je dis toujours. On peut avoir une bonne carrosserie, mais si le moteur est, hein, si le moteur est mort, bah, ça ne suit plus. Aah... (la tristesse remonte)

Il en va de même de Mme Claude rencontrée en Ehpad. Perçue comme une femme solide²², s'étant longtemps débrouillée seule, elle peine à être entendue. Lorsqu'elle évoque son mal-être, ses filles, ainsi que les médecins, la renvoient à cette image de « femme forte », « costaud », là où elle se sent vulnérabilisée par ses problèmes de santé et se sent même condamnée comme indiqué à l'enquêtrice dès le début de la rencontre.

L'hypothèse selon laquelle, la focalisation du mal-être sur les personnes âgées « institutionnalisées » à la fois peut intensifier ce mal-être (plus l'Ehpad est vu comme un repoussoir, plus l'entrée en Ehpad peut constituer une rupture à la fois dans le mode de vie et dans l'image de soi), mais aussi paradoxalement donner la légitimité et les mots pour le dire, se vérifie sur un corpus d'entretiens plus large, ce qui suggère une réflexion à conduire sur l'adaptation des dispositifs de prévention ciblant les personnes âgées vivant au domicile.

1.5. Entre bêtises et actes déterminés : normes d'âge et récits des tentatives de suicide

Si Katrina Jaworski (2014) a bien montré combien le genre cadrerait les récits de suicide, elle a moins montré combien les normes d'âge pesaient également. Or, les normes cadrant le bien-vieillir ont aussi des conséquences sur les vécus et récits des tentatives de suicide, avec là encore deux façons de les subjectiver. Tantôt les personnes s'attachent à les euphémiser (en escamotant le contexte de passage à l'acte – « je ne m'en souviens plus » dira M. Michel, 83 ans, en Ehpad), en évoquant une « bêtise » – un égarement ponctuel ne devant pas faire douter de leur adhésion à la vie et à un vieillissement investi, ou un « coup de tête ». Tantôt ces tentatives seront décrites comme l'expression de leur volonté (surtout faire savoir qu'on n'a pas perdu la tête, éviter la surveillance accrue des enfants).

À propos de sa tentative de suicide, Mme Petite parle ainsi de bêtise, alors même que la suite de l'entretien indique combien cette tentative sert à exprimer l'incapacité à tenir la posture d'endurance au *care* et de discrétion attendue d'elle depuis son jeune âge (durant sa vie de couple aux côtés de ses beaux-parents, lors du passage en retraite de sa fille) :

- On a beau... on a beau faire attention, il y a des choses qui nous dépassent on ne sait pas pourquoi. Mais qu'est-ce que j'ai fait comme bêtise !
- Mh
- Qu'est-ce que je regrette maintenant !
- [...]
- C'est quelque chose, vous y aviez pensé longtemps en avance ou c'est venu rapidement ?
- C'est venu... sans que je comprenne pourquoi !
- ...
- Mais j'ai dit, maintenant, je veux en finir ! En fait je... je voulais donner une leçon à... à tous ceux qui étaient autour de moi, dans ma famille. Vous comprenez ? [Mme Petite revient alors sur les différents épisodes de sa vie où elle a dû prendre sur elle en dépit de charges de *care* très lourdes – vis-à-vis de ses beaux-parents au début de sa vie, sans attendre de contrepartie de la part de sa fille désormais en retraite notamment. Elle souligne la difficulté à accepter les retours de l'entourage l'invitant à passer outre]
- Ce qui s'est passé, c'est que... (respiration saccadée) j'avais beaucoup de... beaucoup de malheurs
- Oui

²² En lien avec les féminités rurales également valorisées dans l'entretien de Bernadette Meunier, ancienne agricultrice (être dure au mal, ne pas s'écouter).

- Et que j'ai voulu en finir. Et alors, ma fille, elle est infirmière et elle a pris, elle avait pris sa retraite.
- Oui
- Et... et elle a... elle ne venait plus nous voir
- D'accord
- Ou plutôt... pas assez peut-être.
- Mh
- Je ne sais pas ce qui s'est passé. J'étais en pleine forme, j'étais, j'ai des photos où je suis...
- Oui
- Vraiment je suis en pleine forme
- D'accord
- Et puis... comme elle ne venait plus... je l'ai dit à mon mari
- Oui
- Elle ne venait presque plus et elle sortait avec des personnes qui étaient étrangères
- Mh
- Et... eeee... et alors euh, elle a dit... Il m'a dit, laisser tomber, n'en parle pas... Il n'était jamais pour les histoires
- Mhmh.
- Et ben puisque c'est comme ça, on « laisse tomber », allez hop. On s'en va. Une pirouette et on s'en va. [...] Bé à quoi je sers moi ? »

Comme le montre ce long extrait, la tentative, nourrie par des frustrations expliquées par Mme Petite, est d'autant plus effacée et requalifiée qu'elle est « en pleine forme » et entourée, en phase donc avec ce qui est tenu comme modèle du vieillissement en félicité.

Mme Hollner relate, de la même manière, sa dernière tentative de suicide en puisant dans un répertoire normalisant et en inscrivant son geste dans la continuité du flux domestique : « j'avais fermé mes volets pour pouvoir dormir tranquille, je m'étais dit : "je vais dormir, ça me fera du bien", tout en ayant pris "du Lexomil, c'est pas très fort. J'ai fait un peu de mélange avec un médicament contre la tachycardie. Ça peut être plus mauvais parce que ça ralentit les mouvements du cœur. j'ai eu un moment où j'ai un peu déconné" ». La tentative de suicide n'est pas revendiquée, mais effacée : « je voulais dormir » même si au décours du récit, l'ambivalence du geste est reconnue « je voulais aussi faire le test de savoir si au moins une personne s'inquiéterait de moi », « c'est un petit peu pour emmerder le monde quand même ».

Mme Nabi, 70 ans, relate ce même besoin de dormir : « j'ai avalé un pilulier... j'ai dit il faut que ça s'arrête parce que maintenant j'ai trop supporté, partir dormir, ça va faire du bien » » j'étais très mal... non, je voulais dormir... me reposer... c'est-à-dire quand j'ai une contrariété, je vais boire, les médocs là-dessus ».

Bien que rencontrée par un dispositif de prévention du suicide, Mme Bonnet (73 ans, ancienne secrétaire médicale, vivant à domicile) refuse également l'étiquette de la tentative de suicide et rapporte un accident : « Je ne suis pas suicidaire non ! j'ai pris des médicaments pour dormir, pas pour me foutre en l'air ! ce n'est pas une tentative de suicide ! c'est juste qu'à force, j'en prenais de plus en plus ». La situation est similaire pour Mme Montet (rencontrée via Vigilans, 70 ans, employée dans une confiserie, puis secrétaire de direction) qui narre des accidents médicamenteux liés à des douleurs chroniques dont elle souffre et qui sont mal prises en charge du fait de problèmes cardiaques empêchant une posologie adaptée :

- Vous avez déjà fait une tentative de suicide ?
- Non euh... si une fois avec de la morphine qu'un copain (lui-même sous traitement de morphine) m'avait envoyé... mes gosses m'ont retrouvé il y a 5 ou 6 ans [...]

j'avais mal, je n'ai pas pensé à la mort, je ne voulais plus avoir mal [...] P. m'avait dit j'en prends tant, j'ai dit : « j'en prends un peu plus ! ».

Si elle reconnaît le suicide en raison de son hospitalisation et son enregistrement auprès des dispositifs de prévention du suicide par lesquels nous avons eu son contact, il ne s'agit aucunement pour elle d'une tentative de suicide. Avec un humour alimenté par des conflits l'opposant aux psychiatres de ces dispositifs, elle expliquera à ce sujet :

On m'a demandé comment je ferais si je voulais me suicider. J'ai dit : « me pendre, ça va vite, mais je n'ai pas de corde, me tailler les veines, je ne veux pas de marques, avaler des cachets ? » et puis hôpital les psys, les gnagnagna, non ! ça ne m'intéresse pas ! Jamais je le ferai !

À l'opposé, se rencontrent des récits d'informatrices revendiquant un suicide déterminé et rationnel – étayé par des considérations philosophiques ou politiques dans le cas des femmes de milieu aisé. Mme Voltaire, en situation de mobilité sociale forte par le mariage, vit dans un quartier bourgeois et un appartement cossu. Elle a eu un enfant handicapé décédé et un fils qui la visite de loin en loin. Institutrice mariée à un chef de clinique, elle évoque un « *mariage heureux* », mais avec un « *mari pas facile* » « *assez libre* », « *orgueilleux* » qui tombe malade et isole son foyer, limitant au maximum les contacts sociaux du ménage. Les ressources culturelles de Mme Voltaire et le style de vie bourgeois développé tout au long de sa vie (avec investissement des espaces extradomiciliaires, de sociabilités extrafamiliales aussi) la conduisent à élaborer autrement son mal-être et sa tentative de suicide, en convoquant des normes sociales d'âge (le discrédit des vieux) plus que de genre, même si l'isolement social qu'elle subit au moment de l'enquête est la conséquence de rapports sociaux de sexe ayant pesé sur sa biographie (la maîtrise masculine des formes de sociabilité conjugale, l'éloignement relatif du fils qui n'investit pas une place d'assistance quotidienne).

La configuration est similaire pour Mme Boulogne, rencontrée en Ehpad, d'origine modeste, ayant connu une forte ascension sociale par le mariage : « Parce que c'était pas du tout mon... envie. Avec mon mari, c'était pareil. On voulait partir ensemble. Une histoire qui va se développer maintenant. Pouvoir choisir... sa mort. Bon maintenant, je... je m'en fiche. [Silence] Je suis partie... je suis partie de rien, moi. ... Je ne veux plus *rien*, que de m'en aller ». Examinons maintenant la façon dont les normes de genre pèsent sur les récits du mal-être et des tentatives de suicide.

2. Les effets des normes de genre sur les récits du mal-être et des tentatives de suicide

Les socialisations de genre traversent, en effet, les narrations faites du mal-être et du suicide, du fait des éducations reçues, mais aussi de scripts genrés mis en exergue par Katrina Jaworski (association de l'impulsivité ou de la faible régulation émotionnelle aux femmes, de la détermination et des méthodes de suicide dites brutales aux hommes). Il en résulte que les hommes rencontrés mettent l'accent sur des causalités extérieures à eux-mêmes et sur les injustices sociales subies tandis que les femmes mettent plus volontiers en exergue des fragilités intérieures, la prise en compte de la famille dans les circonstances et modes opératoires choisis et la quête de reconnaissance de leur contribution en matière de *care* familial.

2.1. Causalités extérieures et reconnaissance de l'injustice chez les hommes rencontrés

Chez les hommes enquêtés, les récits des expériences subjectives douloureuses et des tentatives de suicide convoquent volontiers des éléments posés comme externes à leur volonté et à leur contrôle.

Il s'agit, par exemple, d'un handicap comme chez M. Dubois, 76 ans, narrant une rupture dans son intégration professionnelle puis conjugale : « j'étais heureux, j'avais tout pour être heureux » et « puis j'ai été porté invalide à cause de mes yeux ». Cette rupture a, selon lui, déstabilisé son statut conjugal « on s'est plu, mais après avec l'invalidité, ça a changé beaucoup de choses... je me suis fait larguer à cause de cette vue » et son autorité familiale : « une certaine fille des Vosges, il n'y a plus de nouvelles... ». De sorte que le handicap sensoriel est perçu comme la source d'une disqualification sociale dans tous les espaces de sa vie : « Les yeux m'ont foutu en l'air », « se sentir handicap, largué... pff ça a détruit ma vie. Cette vue, ça a détruit tout ».

M. Duault, 66 ans, rencontré par un dispositif de prévention du suicide, explique son mal-être et ses tentatives de suicide par sa bipolarité – et ses phases dépressives :

- C'était un matin, j'étais là dehors, j'ai bu des bières (et des médicaments) et... j'avais une compagne... on s'était séparés, c'était un tout... j'ai téléphoné au 15, le médecin régulateur m'a mis en contact avec un psychiatre, j'ai accepté d'aller aux urgences, ils m'ont transféré et j'ai fait mon malaise.
- Combien vous en avez fait de tentatives de suicide ?
- Pff, je ne sais plus... ça a commencé... le pire c'était 4 jours de coma, avec Laurence... elle se reposait, le traitement était sur le frigo, je l'ai pris comme ça !

Bien que M. Duault cumule les addictions (tabac, alcool, morphine), dans l'entretien, l'accent est mis sur sa maîtrise – sa capacité à tenir son emploi en dépit de sa pathologie, à reprendre prise après ses périodes maniaques ou à sevrer seul ses addictions :

- Quand je suis en phase maniaque, logorrhée, je dors peu 3 h, la paranoïa, je n'en ai jamais trop fait, pertes de mémoire, je m'étales... mais après tout revient, avec mon psychiatre, j'ai toujours eu un discours lucide et cohérent.
- [...]
- [À propos de l'addiction à la morphine] Je *décide*, une fois, j'en avais marre, je suis allée chez ma fille, c'est très douloureux l'addiction où j'ai eu le plus de mal ».

Se décrivant comme une personnalité « excessive en tout, jeux, alcool et femmes (il a eu 5 enfants avec des femmes différentes avec lesquels il garde peu de contacts) », il met en valeur sa force morale et physique – sa capacité à marcher, à se mettre « les pieds en sang » pour se contenir en phase maniaque.

De la même manière, M. Michel 83 ans, ayant réalisé une tentative de suicide, témoigne d'une expérience de mal-être du fait d'une entrée en Ehpad à la demande de sa femme continuant à vivre à leur domicile tout en le visitant quotidiennement : « [L'Ehpad, c'est un] lieu infâme on ne peut pas imaginer ce qu'il s'y passe... aujourd'hui, je suis venu pas lavé, pas habillé, pas nourri », l'obligeant à voisiner des « maboules ». Source de son mal-être, cette proximité contrainte, souhaitée par son épouse qui « ne l'écoute pas », est opposée à une force de caractère qu'il met au contraire en scène à l'occasion d'un épisode d'hospitalisation antérieur consécutif à une infection nosocomiale post-opératoire : « *je suis un dur à cuire... j'étais mourant* ».

Dans la même ligne, M. Antoine, 94 ans, non suicidaire, jugé en perte d'élan vital par les professionnels l'ayant orienté à l'enquêtrice, narre également des relations familiales conflictuelles dans lesquelles il continue à occuper une place décisionnaire centrale, du fait de son contrôle du patrimoine et de l'argent. S'agissant des conflits dans sa famille, avec ses filles ou des professionnels, le notaire est la figure par laquelle son pouvoir décisionnaire continue à se déployer :

Bon il y avait un notaire... comme ça !

[À propos de ses petits-enfants qu'il ne voit pas] Non, ça ne me gêne pas, je ne les connais pas alors... ils ne vont pas me manquer... j'ai un notaire. C'est lui qui s'occupe des affaires
[À propos des aides à domicile] Ah j'ai été une bonne poire ! Mais j'ai un notaire qui est très bien !

M. Thibaud, âgé de 68 ans, ancien infirmier, ayant réalisé une tentative de suicide pendant le premier confinement, à un moment où il vivait une séparation conjugale et où il était privé d'un mode de vie très orienté vers l'extérieur, est un des rares à évoquer une source intérieure, probablement aussi du fait d'une socialisation aux lectures psychiatriques du suicide : « l'idée a germé, tourné, de mettre fin à tout ça », « dans ma tête, je me sentais enfermé... sans solution ! ». Mais cette intériorité est politisée en fin d'entretien, à l'occasion d'une prise de position articulant sa tentative de suicide et le droit de mourir dans la dignité en cas de souffrance physique, mais aussi psychique : « le truc que je veux absolument éviter, c'est la douleur, qu'elle soit physique ou psychique. J'ai essayé plusieurs fois de rejoindre l'ADMD, mais ils sont difficiles à contacter [...] c'est bien beau la Suisse, mais ce n'est pas donné... ça me fait un peu chier de me foutre 9000 balles en l'air pour aller mourir en suisse alors que je peux le faire chez moi ! (Rire) ». Avec Mme Voltaire, issue de classe moyenne, mais ayant connu une ascension sociale forte par le mariage, c'est un des rares à mettre en balance suicide et suicide « assisté ».

2.2. Causalités internes, culpabilité et préoccupations familiales chez les femmes rencontrées

Les entretiens réalisés avec les femmes rencontrées mettent, au contraire, plutôt en exergue des causalités intérieures, des expériences de culpabilité et la prise en compte de la famille dans les passages à l'acte suicidaire.

Mme Belle, 74 ans, a engagé des études commerciales dans sa jeunesse puis exercé un travail de secrétariat de direction. Peu avant l'entretien, on lui a diagnostiqué une maladie de Parkinson l'ayant obligée à quitter son domicile pour un lieu de vie adapté. Elle explique son mal-être par son incapacité à surmonter une dépression qu'elle ancre dans un premier épisode survenu vers l'âge de trente ans, conséquence de violences sexuelles commises par son beau-père lorsqu'elle était adolescente et qu'elle n'aurait « jamais dû cacher ». Elle évoque, ensuite, des « rechutes » dépressives perpétuelles qu'elle ne relie pas aux configurations sociales (surexposition des femmes aux violences sexuelles, difficultés à évoquer et à faire reconnaître ces violences), ou, pour la dernière dépression, au déclenchement d'une maladie de Parkinson, mais à sa faiblesse de caractère : « Qu'est-ce qui s'est passé ? Pfff rien... c'est le moral qui a baissé d'un seul coup », « je suis un peu immobile ». « Ce qui me rend triste, c'est ma dépression... c'est le fait de ne pas m'en sortir, c'est surtout ça qui m'attriste ». Et ce d'autant qu'elle indique, par ailleurs, avoir les supports familiaux qui, selon elle, devraient lui suffire : « [A propos de sa première dépression] Mon mari n'en pouvait plus » ; « J'adorais mes petits-enfants ».

Mme Hollner, ancienne professeur d'anglais, décrit une vie chaotique du fait de sa « santé psychique » : « Ma santé psychique, c'est très irrégulier... parce que quand ça m'arrive des choses... ça, bon je prends des cachets, ce n'est pas pour mourir, c'est parce que je ne veux plus rien voir » ; « ça m'est arrivé en 2011... il y avait 2 personnes... je m'occupais d'un malade plutôt mental avec qui j'avais une relation amoureuse. Alors il en profitait un peu... une personne très difficile et un jeune homme recueilli chez moi que je connaissais depuis l'enfance parce que c'était un peu devenu mon fils ». Elle indique un sentiment qui surgit « c'est venu de suite : “Je me suis réveillée un matin effondrée... je n'en peux plus, je n'en peux plus, je veux dormir 2/3 jours” ». Au lieu de relier cet épuisement moral à la densité du travail de *care* qu'elle prend en charge à ce moment-là, elle évoque une fragilité subjective incontrôlable et peu

rationnelle : « je ne comprends pas moi-même ce geste », « chez moi, ce n'est pas prémédité, c'est comme un pneu qui éclate ».

Mme Nabi 70 ans, restauratrice élevée entre l'Afrique et le Sud de la France, a réalisé plusieurs tentatives de suicide dans sa vie, toujours narrées à l'occasion de relations conjugales ou familiales complexes (un mari infidèle, qui tenait les cordons de la bourse, dirigeait tout, une belle-fille ne l'aimant pas). Comme Mme Hollner, elle décrit pourtant ses tentatives de suicide comme inexplicables : « il m'a dit qu'il conduisait, j'ai ouvert la porte pour sauter... je ne me souviens pas trop » ; « il y a mon médecin généraliste qui a dit que j'étais parano et dépressive ».

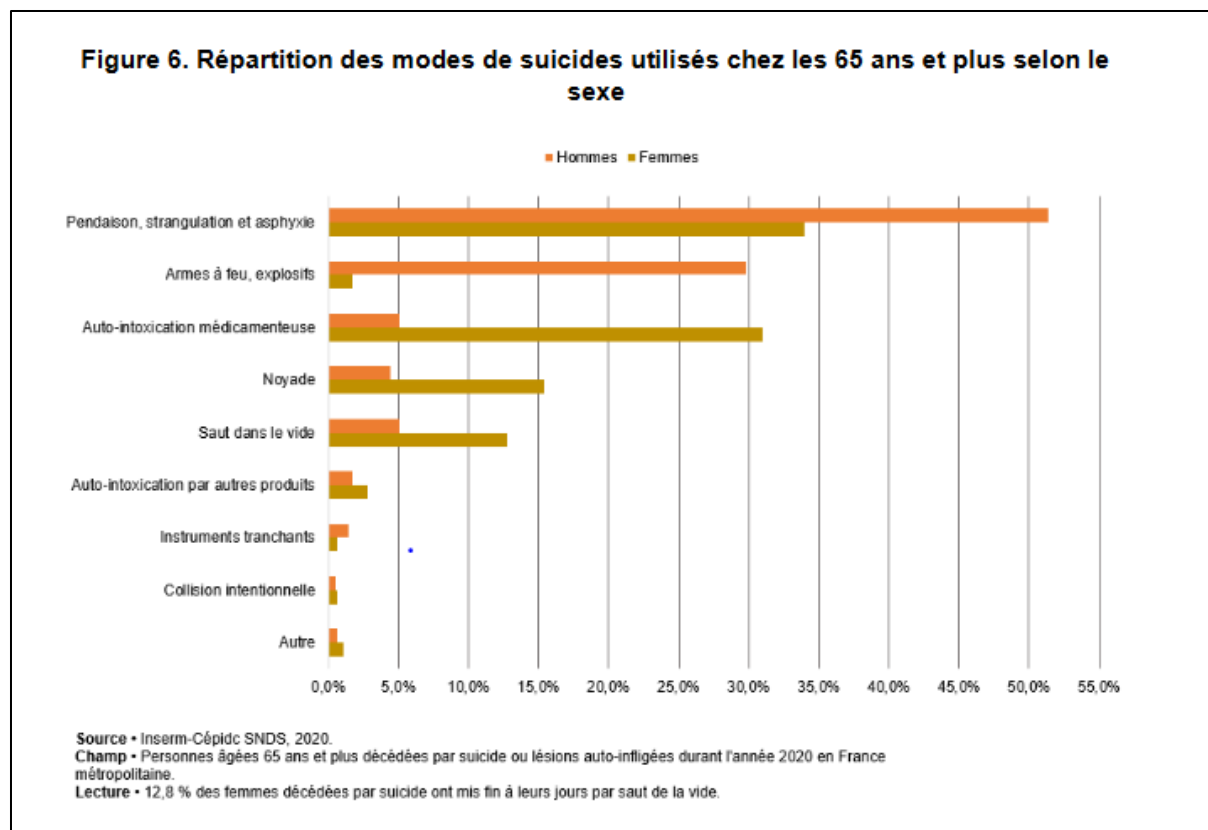
De la même manière, Mme Bonnet (rencontrée via Vigilans, 73 ans, ancienne secrétaire médicale) ne se reconnaît pas « suicidaire », mais se décrit comme incapable de prise sur soi – jusqu'à son sevrage alcoolique, réussi 35 ans auparavant pourtant moins décrit comme le résultat de sa volonté que présenté comme un « miracle ».

Enfin, Mme Espérance (rencontrée via Vigilans, 71, coiffeuse, aide restauratrice puis AVS en retraite, ayant réalisé une tentative de suicide moins d'un an avant l'entretien) tente d'intégrer à l'image qu'elle a d'elle-même, une tentative de suicide perçue comme une possible fuite : « j'ai toujours été volontaire, d'y arriver... mon médecin traitant me disait : » Vous avez une force ! » et là j'ai craqué « ce n'est pas que je ne voulais pas affronter ce que je dois affronter [elle parle de ses obligations familiales], mais un ras-le-bol... c'est ce que m'a dit mon médecin généraliste – vous avez eu un ras-le-bol ». Elle met alors en exergue sa détermination, un suicide « prémédité », tournant cours car la lettre envoyée à un cousin qui pour expliquer les raisons de son geste arrive plus tôt que prévu dès le lendemain : « pas d'envie de suicide avant d'écrire la lettre, mais un gros ras-le-bol... je voulais me couper la gorge, mais le couteau... j'ai pris les médicaments alors – les antidépresseurs et le Lexomil que mon médecin traitant m'avait donné ». Elle tente également de requalifier sa tentative de suicide en conséquence de lésions traumatiques antérieures, Mme Espérance raconte en effet une dépression survenue en 1994, du fait d'un « grave accident domestique » (elle a fait une chute, plusieurs jours de coma et a dû réapprendre à parler, marcher). Sous anti-dépresseurs depuis lors, elle relie sa tentative de suicide à de possibles conséquences de ce traumatisme crânien :

- Des fois je m'étudie... est-ce que c'est mon accident avec la dépression après ? je pose la question à mon psychiatre...
- De toute façon, j'aurais des antidépresseurs à vie...
- Ça vous dérange ?
- Non je me dis si j'arrête et j'ai un souci, je risque de rechuter, je me dis, j'ai une fragilité... mais je me raisonne, je me dis, tu es bien, tu n'as rien toi, pas de maladie !

2.3. Des modes opératoires genrés

Les modes opératoires – et les récits qui en sont faits – sont également genrés. C'est d'abord ce que montrent les statistiques.



À une échelle populationnelle, les hommes âgés de plus de 65 ans recourent plus volontiers à la pendaison, strangulation, asphyxie, les armes à feu et explosifs arrivent ensuite – sans doute aussi du fait de suicides survenant majoritairement au domicile. Les femmes recourent, elles, à l’auto-intoxication médicamenteuse, à la noyade et au saut dans le vide.

Toutefois, le panel d’informateurs enquêtés dans Malâge ne rend pas totalement compte de cette distribution statistique – les hommes enquêtés ayant tous recouru à des intoxications médicamenteuses. Cette sur-représentation tient à plusieurs facteurs : survivant davantage à ce mode opératoire, ils sont plus à même de témoigner (la précédente recherche Suicidâge impliquait en effet des suicides masculins accomplis par pendaison et armes à feu). Vivant en résidence accompagnée ou en Ehpad, l’auto-intoxication médicamenteuse est plus accessible que la pendaison ou le recours à une arme à feu. Enfin, ces suicides surviennent dans des parcours de vie tôt psychiatisés ayant rendu certains de ces hommes, familiers d’un certain nombre de thérapeutiques ensuite utilisées lors de la tentative de suicide (voir le cas de M. Duault, 66 ans, bipolaire, infirmier psychiatrique). Pour autant, même lorsque les hommes recourent aux modes opératoires plutôt mobilisés par les femmes, c’est en les investissant de façon différente. Les récits du mode opératoire du suicide et de ces circonstances sont aussi très genrés.

Requalifier le suicide raté chez les hommes

Dans les entretiens réalisés avec les hommes, les tentatives de suicide sont vécues majoritairement comme des suicides ratés. « J’ai pensé après que j’avais été con de me louper » dit M. Thibaud, 68 ans, rencontré via Vigilans, infirmier en retraite. Pour requalifier cet épisode et l’intégrer dans la biographie, plusieurs stratégies sont observables. L’esquive, comme chez M. Michel, 83 ans, placé en Ehpad par sa compagne, qui ne détaille pas sa tentative de suicide et indique ne plus s’en rappeler : « ça m’est venu brutalement, je ne sais plus ». Ou sa technicisation comme le fait M. Thibaud, mobilisant ses connaissances médicales pour décrire une stratégie de suicide qu’il présente comme planifiée et organisée : « j’avais un stock de

médicaments, Xanax, potentialisé avec l'alcool... et j'attendais pour prendre une grosse dose de paracétamol pour me mettre en coma hépatique en plus, mais comme c'est douloureux, j'attendais de m'endormir un peu... et malheureusement, je me suis endormi avant », « j'avais laissé un papier, d'appeler la police afin que ma chienne ne reste pas seule et de prévenir mon ex qui est la marraine de ma chienne ».

C'est enfin par la reconnaissance institutionnelle des injustices subies et signifiées par le désir de suicide que cette requalification peut s'opérer, comme dans le cas de Mr. Dubois, 76 ans, souffrant d'un handicap visuel depuis sa jeunesse, qui évoque à l'enquêteur une tentative de suicide alors même qu'il n'y a pas eu de passage à l'acte : « Je voulais sauter du 4^e étage.. je me suis dit, si je saute de là, je ne me manquerai pas quoi... j'aurais fini de souffrir de ces yeux et puis après, j'ai retenu, j'ai dit non il faut vivre quand même [il en a alors parlé au médecin] ». Ce non-passage à l'acte est vécu comme un manque de « courage » compensé par la reconnaissance institutionnelle – l'inscription dans son carnet de liaison hospitalier qu'il évoque à plusieurs reprises à l'enquêteur.

De leur côté, les femmes enquêtées s'attardent moins sur les modes opératoires et relatent plutôt les circonstances et leur prise en compte des effets de leur geste sur la famille.

Cadrages familiaux du suicide chez les femmes enquêtées

Ce cadrage familial peut jouer de deux manières, par la prise en compte des résonances familiales (sur les enfants) que le suicide peut occasionner, de manière plus atypique, par l'extension du rôle de *care* au suicide.

Mme Voltaire, milieu aisé, assume une tentative de suicide qu'elle considère comme rationnelle et légitime compte tenu de la place sociale qu'est devenue la sienne (« une vie moche, terne, de marmotte ») et sa vision de la vieillesse « naufrage » (voir ci-dessus). Elle indique avoir engagé des démarches pour bénéficier d'une aide médicale au mourir en Suisse puis s'être rétractée après avoir pris conscience du fait que son fils « bonheur de sa vie » et ses proches allaient devoir en être informés. Elle indique « ne pas vouloir leur faire vivre ça » et « s'être dégonflée ». Quelque temps après avoir obtenu l'accord de l'association, elle passera à l'acte à son domicile. C'est l'alerte lancée par une amie étonnée de ne pas la voir répondre au téléphone qui la sauvera. Le récit met l'accent sur la fermeté de son geste : « je me rends compte au réveil d'avoir fait la connerie de me rater » et elle indique continuer à regretter son échec.

A contrario, deux situations présentent le suicide comme un moyen d'accomplir son travail de *care* et ses responsabilités familiales – en direction des enfants ou du conjoint. Ainsi, Madame Rousseau avait accepté l'entretien tout en refusant de parler de son geste suicidaire datant d'il y a plusieurs années – elle s'était immolée à la suite du suicide de sa fille atteinte de troubles psychiatrique et en garde le visage profondément marqué. C'est finalement en évoquant sa solitude qu'elle l'abordera d'elle-même sa tentative de suicide :

<p>Et est-ce qu'il y a des amis ou d'autres connaissances qui viennent vous voir ? J'ai... j'ai... Nan, j'ai refoulé tous mes amis, je veux pas qu'elles viennent me voir, ici. Vous ne voulez pas... ...dégradée. Ah vous avez peur de ça... Oui, c'est comme ça... parce que j'étais mignonne avant, mais maintenant, mais maintenant... [Silence] Alors, elles me disent : « Oh, mais tu devais être belle avant. Ça, ça se sent encore. » Moi, je dis : « Ça m'importe peu ça. C'est être encore comme avant ça, que j'aimerais être. » C'est quoi ? J'aimerais être comme avant. Être comme avant...</p>

Mieux, comme avant. Parce qu'on fait des bêtises même à... à, à mon âge.

Vous avez fait des bêtises ?

Suicide.

Ah...

Parce que je voulais suivre ma petite... euh ma fille. Comme beaucoup de mamans, elles font des tentatives, de suicide pour euh... aller euh... vers... [Silence long] On avait fait à... la messe d'enterrement à la Chapelle de XXX, celle qui... enfin, ils disent qu'ils n'ont pas... le... je sais pas si je vais raconter le reste... [Murmures inaudibles] je ne sais pas. Non, je ne pense pas. [Murmures inaudibles.] Parce qu'il y a beaucoup de personnes qui sont venues à l'enterrement.

Mme Perrin, ancienne aide-soignante, mari mécanicien poids lourds, 72 ans, tentative de suicide réalisée à 67 ans, relate un suicide assumé et revendiqué en tant que tel parce qu'il donne à lire un travail de *care* conjugal assumé par la compagne jusque dans l'organisation du suicide :

Ce n'est pas toujours de la dépression ! Non non ! et je vous le dis en connaissance de cause... non c'est de la détermination, pour moi, c'était ça ! »

Mon mari était malade d'un cancer et il ne supportait pas son cancer et un jour il me dit : « tu sais, je serais mieux six pieds sous terre »... je lui ai dit que non, bien sûr que non, ça va aller et il recommence... et là je sais pas ça, ça m'a pris, je savais que j'avais des comprimés, pour son cancer, il avait eu des cachets de morphine. Je les avais mis de côté parce qu'il ne pouvait pas les prendre parce qu'il était constipé affreux pour les ramener à la pharmacie... et puis on avait de l'alcool et puis on avait le gaz et puis voilà quoi c'était un mercredi vers 17 h il me dit ça, à 7 h moins le quart, il me dit L. t il ne va pas venir ? j'en sais rien ? tu l'appelles ? comme je vous le parle là. [elle appelle son fils lui indique qu'il ne passera pas] bon bé on a le champ libre qu'il me dit. Donc ma foi, j'ai préparé l'alcool, les cachets, j'ai partagé en deux car je lui ai dit, je pars avec toi, je ne reste pas toute seule, mais vraiment comme je vous parle là pas d'appréhension rien rien. C'était décidé... et puis il me dit pour être vraiment sûre, on a des bouteilles de gaz..je lui dit oui si tu veux, on va chercher les bouteilles une pour lui une pour moi, on a pris les cachets, l'alcool, on a ouvert les bouteilles – mon mari avait disjoncté tout pour que la maison ne saute pas [le suicide sera finalement interrompu par l'appel inopiné de sa fille et la venue de son fils].

Initié par un conjoint malade dont elle dira qu'il ne supportait plus la perte de goût découlant de son traitement et qu'il ne voulait pas connaître la décrépitude dont ils avaient tous deux été témoins s'agissant d'un proche affecté du même cancer, le suicide se coule dans des habitudes domestiques conjugales gérées par Mme Perrin qui sait où trouver les médicaments et l'alcool, qui connaît les habitudes des enfants et se réalise d'ailleurs dans la chambre à coucher (les deux s'allongent sur le lit conjugal). Il est revendiqué par Mme Perrin, mais conformément à une division sexuée du travail domestique auparavant expérimentée, il découle de la décision du conjoint enrôlant la compagne dans sa réalisation « on a le champ libre ». Il semble par ailleurs vécu tant en continuité d'un fort engagement subjectif dans le couple – « C'est moi qui aie voulu parce que je pensais que je ne pourrai pas vivre sans lui... » – que d'un engagement moral dans un rôle d'épouse, largement soutenu par les institutions de soin. En écho à ce que montre Beverley Skeggs (2015) soulignant combien la prise en charge du *care* tout au long de leur vie construit chez les femmes – en particulier de milieux populaires – un fort investissement de la notion de responsabilité de laquelle découle la respectabilité, Mme Perrin valorise, tout au long de l'entretien, combien elle a assumé parfaitement son rôle de soignante, en dépit des problèmes de santé de son mari : les toilettes réalisées durant son opération des hanches alors même que les infirmières sous-estimaient sa capacité à le faire « [j'ai toujours fait] ce qu'il fallait et puis voilà » et le travail de surveillance, de préparation alimentaire visant à ce que son conjoint ne perde pas de poids :

« A un moment fatiguée de tout, des menus spéciaux pour que l'attelle faite à sa forme de tête aille encore, fallait pas qu'il maigrisse, grossisse, j'étais crevée, je n'en pouvais plus... il fallait que j'enrichisse tous ses repas » ; « les repas, c'était dur à vivre car j'avais peur qu'il maigrisse » [la perte de poids aurait nécessité le changement de l'appareil ajusté porté lors des séances de radiothérapie] ; « on a réussi à aller au bout, mais il était temps », « il ne pouvait plus manger, plus de goût, de salive, ça me faisait mal – il aimait bien manger », « [j'en avais] ras le bol non car j'ai fait ce qu'il fallait j'ai toujours été là pour lui, mais j'étais fatiguée... moralement surtout ».

Mme Perrin travaillera ensuite à revendiquer auprès des autres – médecin généraliste, enfants, mais aussi enquêteur, un acte volontaire et conscient, à un moment où se joue un important resserrement de la surveillance et une perte d'autonomie décisionnelle possible : « je ne suis pas d'un naturel dépressif », « une bonne parlotte ça fait du bien ». À la suite du conseil de son médecin généraliste de l'hospitaliser pour dépression consécutivement à sa tentative de suicide :

Mais je ne suis pas dépressive !, je suis quand même allée voir une psy qui m'a dit « vous n'en avais pas besoin vous savez pourquoi... c'était vrai j'avais la tête sur les épaules [...] je le sentais... [...] j'ai été chez les enfants après, mais je leur ai dit quand j'aurais décidé de revenir chez moi vous me laissez ».

[...] « une frangine m'appelle quand j'étais rentrée : ça va qu'est-ce tu fais ? du tri ? dans quoi ? les médicaments ? elle a eu un moment je lui dis : « t'inquiète ! je ne vais pas recommencer, c'était avec R., c'était décidé comme ça je ne recommencerai pas toute seule »

Chargés d'enjeux, les récits de son suicide constituent des occasions de se démarquer d'images de contrôle déjà pointées par les travaux des féministes – celle d'une épouse capable de choix propres et d'une veuve respectable :

« J'ai une amie qui me disait, je ne comprends pas pourquoi ton mari t'a entraînée là-dedans : « mais ce n'est pas lui qui m'a entraînée ! c'est moi qui ait voulu partir avec lui ! » ah ce n'est pas ce que les gens racontent... : « ne les écoute pas. C'est moi qui ait voulu parce que je pensais que je ne pourrai pas vivre sans lui ». Ma foi ça fait 6 ans et demi, je suis bien obligée de vivre, mais je sors (clubs de jeux, 3 amies veuves), on m'a traité de veuve joyeuse ... je fais ce que je veux, j'essaie de vivre au mieux puisqu'il n'a pas voulu que je parte avec lui...

Conclusion

Comme Katrina Jaworski (2014) le souligne, les récits du mal-être et des tentatives de suicide sont genrés d'une double manière :

- en ce qu'ils contiennent des scripts sociaux plus larges, encourageant les femmes à tenir compte des circonstances familiales entourant le passage à l'acte, à mobiliser des répertoires argumentatifs psycho-centrés, renvoyant selon les milieux sociaux, à des faiblesses de caractère, des bêtises, une impulsivité (un « pneu qui éclate »).
- en ce qu'ils permettent de maintenir l'affiliation à des normes de genre – se suicider en homme implique par exemple de ne pas se rater, de mettre en valeur la technicité du geste (Emslie et al., 2006), se suicider en femmes implique la prise en compte et la protection de l'entourage.

Les récits permettent aussi de dégager des récurrences genrées dans les configurations suscitant mal-être et tentatives de suicide.

QUATRIEME PARTIE. LES EFFETS DES NORMES DE GENRE ET D'AGE SUR LES CONFIGURATIONS SUICIDOGENES ET LES RESSOURCES A DISPOSITION

Cette troisième partie s'intéresse aux effets des normes d'âge et de genre sur les parcours biographiques, dans leurs dimensions objectives et subjectives, avec deux déplacements forts. D'une part, elle invite à articuler les normes de genre et d'âge en considérant leurs effets cumulés au long cours (sur l'ensemble du parcours de vie) et les déploiements particuliers des régimes de genre au grand-âge (les attendus sociaux et les identifications encouragés chez les hommes et femmes âgés ne sont pas tout à fait les mêmes que chez les jeunes gens). D'autre part, elle conduit à questionner un résultat tenu pour acquis dans le champ de la sociologie du suicide : les hommes seraient protégés du mal-être, comme du suicide, par la famille ce qui serait moins le cas des femmes. La présente recherche montre, au contraire, combien cette valence de genre se recompose au grand-âge : les hommes âgés, tout comme les femmes, ne sont pas protégés par la famille, mais au contraire, exposés à des tensions découlant des effets combinés des normes d'âge et de genre sur les relations familiales et les identifications qu'elles produisent.

1. Hommes et femmes face aux tensions de *care*

1.1. Des hommes à l'épreuve de la perte d'autorité domestique

L'analyse quantitative conduite montre combien les tentatives de suicide et les suicides des hommes âgés impliquent, non pas des veufs (statistiquement moins nombreux du fait des espérances de vie des femmes) ou des hommes séparés, mais des hommes vivant en couple (52 % sont mariés contre 33 % des femmes) – ce qui converge avec ce que l'on sait des différences d'âge au sein des couples (conjointes plus jeunes) et des inégalités sexuées d'espérance de vie.

Tableau 1. Description des caractéristiques des décès par suicide chez les 65 ans et plus en 2020

	Ensemble		Femmes		Hommes	
	(n = 2935)	%	(n = 755)	%	(n = 2180)	%
Classe d'âge						
65-74 ans	1201	40,9	344	45,6	857	39,3
75-84 ans	1045	35,6	267	35,4	778	35,7
85-94 ans	643	21,9	129	17,1	514	23,6
95 ans et plus	46	1,6	15	2,0	31	1,4
Etat matrimonial						
Célibataire	381	13,0	76	10,1	305	14,0
Marié(e)	1391	47,4	254	33,6	1137	52,2
Veuf(ve)	792	27,0	302	40,0	490	22,5
Divorcé(e)	371	12,6	123	16,3	248	11,4
Lieu du décès						
Domicile	2019	68,8	432	57,2	1587	72,8
Hôpital	371	12,6	133	17,6	238	10,9
Maison de retraite	104	3,5	41	5,4	63	2,9
Clinique privée	40	1,4	15	2,0	25	1,1
Autres	401	13,7	134	17,7	267	12,2

Source • Inseem-Cépidc, 2020.
 Champ • Suicide survenus en 2020 et enregistrés par l'Inseem.
 Lecture • 40,9 % des personnes décédés par suicide avaient entre 65 ans et 74 ans.

L'hypothèse durkheimienne d'une protection conjugale des hommes semble ici fragilisée. Ce que l'analyse qualitative confirme, en mettant en scène des hommes en mal-être ou suicidaires, pris dans des relations familiales – conjugales, filiales – intenses pour l'essentiel et prenant une acuité particulière au grand-âge, période biographique de

retrait des scènes professionnelles et de rétrécissement des scènes sociales. En revanche, le vécu de ces relations et la satisfaction sociale et subjective qu'elles peuvent pourtant apporter à d'autres âges sociaux enquêtés par Durkheim, se sont notablement transformés. Nombreux sont les hommes relatant une perte d'autorité domestique expérimentée au sein de leur famille ou à ses marges lorsqu'ils sont en Ehpad et au domicile.

Les récits des hommes rencontrés en Ehpad témoignent ainsi de relations familiales et de *care* persistantes, mais d'un effacement de leur parole et d'une perte de maîtrise sur le mode de vie, l'alimentation, les déplacements, les contacts avec l'extérieur. C'est alors la perte de centralité dans les relations familiales qui est indiquée comme douloureuse. C'est tout particulièrement le cas de M. Dubois, 83 ans, rencontrant des problèmes de mobilité s'intensifiant et empêchant son maintien au domicile aux côtés de sa femme. Il décrit les mauvaises conditions de vie (ce que les informations par ailleurs à disposition invitent à questionner – M. Dubois est visitée quotidiennement par sa femme qui lui gère son linge), la non-considération dont il est victime à l'Ehpad, mais surtout sa perte totale d'autorité vis-à-vis de sa femme qui a choisi son Ehpad et qui ne l'écoute pas : « Elle ne m'écoute pas... elle écoute les autres, mais pas moi ». De la même manière que les autres femmes de l'Ehpad, soignantes, maîtresses de son quotidien : « le personnel n'écoute pas... c'est le problème... » :

- Au niveau des toilettes tout ça, c'est fait correctement ?
- Je m'en fous
- C'est quoi qui vous importe à ce niveau-là ?
- Les soins
- Les soins...
- Regardez, je suis habillé en pantalon...

M. Michel est pourtant lavé, habillé et nourri dans son Ehpad. C'est la perte du pouvoir décisionnel sur cette organisation, lui qui se décrit comme un « dur à cuire », qui a été « sous-lieutenant en Algérie », qui était un « très bon élève », qui a été « directeur des affaires sociales » qui est en question. L'importance accordée à cette autorité est d'autant plus forte que M Michel narre des épisodes de déclassement professionnel à la SNCF où « il poussait le chariot » alors qu'il était appelé à d'autres positions professionnelles, à cause de son père qui lui a refusé l'entrée en école d'ingénieur. L'autorité professionnelle, durement conquise, associée à l'autorité conjugale qu'il est aussi fier d'avoir su construire en indiquant avoir réussi « à garder sa femme, le ménage, les enfants proches » constituent des étayages subjectifs centraux dont le dernier est mis à mal par l'entrée en Ehpad sur décision de son épouse.

A contrario, M. Antoine 94 ans, en situation de rupture de liens avec sa famille, ne témoigne pas d'expériences subjectives douloureuses en découlant, dans la mesure où il estime encore maîtriser les liens du fait de son contrôle des biens et des affaires financières. La perte d'élan vital diagnostiqué par les soignants recouvre davantage une perte de sens qu'il articule à son âge très avancé que des expériences subjectives douloureuses dont l'entretien ne fait pas vraiment état.

- À 94 ans, j'ai fait mon temps. Maintenant je demande une chose, c'est partir. Ils se débrouilleront et puis c'est tout
- Ah c'est l'âge ! Ça ne vous inquiète pas de penser à la mort ?
- Non, rien, d'abord, on s'occupe de moi.
- [...]
- Bof ? Vous n'aimez pas la nourriture ici ?
- Il vaut mieux pas en parler !
- [Rires] Qu'est-ce que vous aimeriez manger ?
- [Silence] Oooh on me demande pas assez mon avis !
- On ne vous demande jamais votre avis...
- [Il secoue négativement de la tête.]
- C'est le problème ?
- Voilà. [Silence] On m'amène le, le plat... et puis [Il fait un geste de la main qui mime le départ.]
- Et puis ils s'en vont...

- [Il hoche la tête] et puis, je mange ou je mange pas. [Silence]
- Alors que chez vous, vous faisiez vos repas ? Quand vous étiez seul à domicile vous vous faisiez à manger ?
- Ah oui !
- Du coup, vous faisiez les choses que vous aimiez ?
- [Il hoche de la tête.]
- Que vous décidiez au moins !
- Bah oui ! J'étais chez moi ! Après... [Silence long]

Ce résultat fait écho à d'autres récits, collectés auprès de personnes non suicidaires rencontrées dans des Ehpad, mais aussi à des témoignages indirects collectés dans le cadre d'une précédente recherche (Suicidâge). Les hommes peuvent ainsi faire part d'une difficulté particulière à n'être devenu qu'objets de *care*, au détriment de leur capacité à décider de leur mode de vie et de l'autorité domestique qui peut y être associée. Il en va ainsi de Monsieur Thomas, 89 ans, qui est arrivé à l'Ehpad depuis environ six mois pour y rejoindre sa femme résidant depuis près de 4 ans dans un service gériatrique attendant du fait de troubles cognitifs évolués. S'il se dit assez bien à l'Ehpad, il souligne combien il est « agacé par des petites choses » qui remettent en cause son autonomie. Il rapporte que les professionnels peuvent lui opposer qu'il est râleur, mais lui estime qu'il serait « essentiel qu'ils écoutent et tiennent compte de ce qu'il dit ». Ainsi, il donne plusieurs exemples de ce qu'il estime être anormal et pesant au quotidien : le fait que les soignantes allument la lumière en entrant et ne l'éteignent pas ou qu'elles changent la télécommande de place lorsqu'elles font le ménage sans la remettre à sa place ; les repas dont il ne peut pas choisir le menu pas toujours adapté à ses goûts ou à sa dentition ; les changements de médicaments qui ne lui sont pas signalés et expliqués ; le courrier pourtant à son nom qui arrive à l'accueil.

Ces témoignages font écho à d'autres témoignages indirects rassemblés durant la recherche Suicidâge et qui, s'ils ne sont pas strictement comparables puisque rapportés par des tiers engageant leurs propres projections, convergent vers cette perte d'autorité.

Le grand-père de Viviane, milieu rural mosellan, s'est suicidé à 78 ans par arme à feu dans la chambre conjugale. Sa petite-fille explique son suicide par la diminution physique d'un homme « haut en couleur, l'esprit libre, engagé politiquement (SFIO) » et sa mise sous tutelle de deux femmes – conjointe et fille ayant pris possession de son corps malade (il était atteint d'un cancer des poumons) avec une épouse ayant pris le pouvoir au domicile. Selon Viviane, son grand-père s'est suicidé pour ne pas perdre la maîtrise de sa vie. Il s'est tué « en homme libre ».

Le frère de la grand-mère d'Odile, ergothérapeute de formation qui travaille à l'EMS d'un CLIC, s'est suicidé à 82 ans par pendaison à la balançoire du jardin tôt le matin. Odile insiste sur le fait qu'il était déprimé parce qu'il n'arrivait pas à accepter son usure physique, lui qui était une force de la nature et dont la perte de force faisait vaciller l'autorité sociale dont il bénéficiait dans son village et dans son ménage.

Les récits font également souvent apparaître des problèmes de santé également pointés par les travaux conduits en psychiatrie (Cui et Fiske, 2022). L'abord sociologique conduit cependant à mettre en exergue le sens que ces altérations peuvent avoir pour les hommes enquêtés. Les tentatives de suicide ou expériences de mal-être en raison de problèmes de santé semblent, en effet, moins découler d'angoisses liées à la mort, à des pertes esthétiques ou relationnelles (comme chez les femmes), que du fait de la déprise sur leur mode de vie que cela suscite. Si les problèmes de santé sont évoqués, c'est en ce que leurs symptômes ou conséquences (handicaps notamment) entravent l'exercice de cette autorité plus que la perte d'une force physique à laquelle les hommes seraient plus particulièrement attachés.

C'est le cas de M. Michel dont les plaintes somatiques (difficultés de déplacement) n'apparaissent qu'en ce qu'elles suscitent le placement de son épouse et la perte du statut de chef de ménage. Âgé de 83 ans, rencontré par l'équipe mobile psychiatrie de la personne âgée, arrivé en Ehpad il y a 9 mois, M. Michel le décrit comme un « enfer », du fait de la perte de pouvoir décisionnel vis-à-vis des femmes prenant soin de lui – son épouse qui l'a placé en Ehpad et les soignantes de l'établissement :

- Cela se passe mal avec les soignants là-bas ?
- Mal avec les soignants, très mal.
- Pourquoi ?
- Parce qu'ils ne soignent pas.
- Ils ne soignent pas...
- Oh non.
- Au niveau de la douche vous voulez dire ? Au niveau... au niveau des repas ?
- Non non non, pas au niveau des repas. Parce que, ben on est au restaurant
- Mh. D'accord. Vous y êtes depuis combien de temps dans cet EHPAD.
- Depuis 9 mois. [...]
- C'était votre femme qui s'occupait de vous avant de rentrer dans l'EHPAD ?
- Oui [...]
- Mh. Vous le vivez comment cette situation ? à l'EHPAD ?
- Mal
- Mal. Vous pouvez en parler à des gens ?
- Non non.
- Non.
- À mon épouse simplement. Elle ne m'écoute pas.
- Elle ne vous écoute pas ?
- Non non.
- Parce que vous pouvez lui dire quoi à votre épouse justement ? (silence)
- Elle ne m'écoute pas (silence). Elle écoute les autres, mais pas moi.

L'analyse montre ici la place des relations conjugales dans les narrations masculines, mais aussi leur vécu spécifique. Elle invite également à reconsidérer l'interprétation du rôle de l'intégration familiale des hommes aux autres âges. Il semble que si les relations familiales sont protectrices, c'est moins en regard des étayages subjectifs découlant de relations interindividuelles entretenues au sein de familles devenues « relationnelles » (De Singly, 1996) qu'en raison d'un statut de chef de ménage qui confère autorité familiale, mais aussi sociale, maîtrise des circuits de décision domestique et centralité dans l'économie familiale. C'est aussi ce que montre en creux le récit de M. Thibaud. Âgé de 68 ans, ancien infirmier rencontré via Vigilans, il décrit, en effet, de façon anecdotique des relations familiales persistantes mais n'étayant que peu ces épisodes dépressifs :

- Oui. Vous en avez, vous les avez partagées avec quelqu'un ?
- Oui oui, bien sûr. Entre autre, pas avec mes enfants, mais avec ma généraliste oui. Et d'ajouter à propos des relations avec ses enfants :
- Oui. Oui oui, on se voit régulièrement. En général une fois par semaine. Soit on fait des petits repas ensemble, soit... on boit un pot quoi.

De la même manière, M. Antoine, 94 ans, ancien facteur, fils de cheminot, rencontré en Ehpad, décrit comme morbide par la psychologue de la structure, narre avec distance des relations familiales conflictuelles et distendues en évoquant encore la figure du notaire et l'importance du contrôle financier :

- Et ça vous va de ne pas les voir [votre famille] ou ça vous rend un peu triste ?

– Nan, ça ne me gêne pas. [Silence long] J’les connais pas alors... [Silence] Ils vont pas me manquer. J’ai un notaire. [Silence] C’est lui qui... s’occupe des affaires. [Silence]

Et lorsque le respect devant découler de cette position n’est pas au rendez-vous, c’est une expérience d’injustice plus que d’abandon interindividuel qui est relatée. À l’instar de M. Dubois, 76 ans, qui relate un sentiment d’injustice fort, relatif à la survenue de son handicap visuel dont il estime qu’il lui a gâché la vie – notamment son mariage – et qui l’oblige à constamment demander de l’aide « parce que j’étais gentil avec elle, à cause de la vue, tu te fais larguer, c’est pas normal ! », « Punaise, qu’est-ce qui as comme cochonneries, tu es toujours à part des autres ! ». C’est la reconnaissance sociale de cette injustice qui est recherchée et M. Dubois est fier d’indiquer que sa « tentative de suicide » est « marqué[e] dans son cahier de liaison ».

Cette position d’autorité domestique, dont plusieurs recherches montrent qu’elle s’acquiert au début de l’âge adulte, à l’occasion de l’entrée dans des relations conjugales institutionnalisées et de l’arrivée des enfants, semble mise en question au grand-âge (après 75 ans et 85 ans), aux moments où les déprises domestiques²³ surviennent. En effet, si les parcours des femmes rencontrées font état de pressions de genre au long cours (surexposition à des violences physiques, sexuelles, psychiques, sous exploitation des diplômes, changements d’emplois pour s’adapter aux contraintes conjugales et familiales, réorganisation des réseaux de sociabilité autour du conjoint), les parcours des hommes âgés font plutôt apparaître une concentration des changements relationnels, de statut familial et subjectifs au grand-âge : du fait d’un veuvage ou plus souvent de problèmes de santé impliquant un repositionnement dans les circuits familiaux (un départ en Ehpad, une perte d’autorité découlant d’une position d’objet de soin).

Pour les femmes au contraire, les pressions de genre se déploient différemment au grand âge et sur l’ensemble du parcours de vie.

1.2. Se conformer ou fuir les obligations de *care*

L’analyse des entretiens réalisés avec les femmes montre une centralité des relations et obligations de *care* parcourant l’ensemble de la biographie et se maintenant aux âges avancés. Deux types de subjectivation apparaissent et permettent de mettre en sens les tentatives de suicide.

Une première configuration rassemble des femmes se suicidant pour se conformer aux modèles de genre auxquels elles s’identifient. C’est le cas de Mme Perrin dont le suicide est conjugalisé, décidé par son conjoint venant de traverser un cancer l’ayant cantonné dans une position d’objet de soin, et mis en œuvre par sa compagne gestionnaire de l’espace domestique, maîtrisant les lieux de stockage de médicaments et les habitudes relationnelles des enfants. C’est aussi le cas de femmes passant à l’acte pour ne pas peser sur les enfants et rester à leur endroit en position de *caregiver*. Mme Voltaire, par exemple, a renoncé à son projet de recourir à des services d’accompagnement médical au mourir hors de France pour ne pas impliquer ses enfants dans ce processus. Mme Bernard, rencontrée en Ehpad, « en attente de la mort » selon la psychologue, a connu dans son parcours une mobilité sociale ascendante. Victime de chute, elle accepte un départ en Ehpad qu’elle vit comme un déclassement social pour ne pas peser sur ses enfants :

²³ Inspiré de la notion de déprise proposée en sociologie du vieillissement (Clément et Mantovani, 1999), le terme renvoie à des reconfigurations des places matérielles, relationnelles, subjectives dans les relations familiales et l’espace domestique. Ces reconfigurations se caractérisent par des désajustements entre positions et aspirations et génèrent des sentiments de perte et de déclassement.

- Et, ici, vous vous plaisez bien à la maison de retraite ?
- Non.
- Non ?
- Non, c'est pas du tout ce que je voulais.
- Non ?
- Mais je... c'est moi qui ai décidé.
- Vous avez décidé ?
- Oui, décidée d'être dans une maison de retraite pour laisser la liberté à mes enfants, c'était trop... trop de travail pour eux. pour leur éviter tout ça et qu'ils soient libres dans leur déplacement parce que c'est *très* important comme travail, ça demande une grande étude avant et tout, il faut pas faire ça n'importe comment. Donc... moi, je suis restée ici, je leur ai dit comme ça, qu'ils viennent me voir de temps en temps.

Plus largement, nombre des femmes enquêtées ont évoqué, par exemple, des tensions découlant de normes contradictoires : elles auraient souhaité que leur fille (et non leur fils) leur propose une corésidence intergénérationnelle plutôt qu'un Ehpad (envisagée comme un juste retour de *care*), sans pour autant s'autoriser une demande explicite qui ferait d'elles des mauvaises mères sacrifiant l'autonomie et la qualité de vie de leurs enfants. C'est le cas de Madame Roustan, 86 ans, qui est arrivée à l'Ehpad il y a six mois à la suite de chutes au domicile. Elle exprime auprès de l'équipe comme au cours de l'entretien de l'ennui et de l'amertume.

- Des fois, j'me dit, aller chez un... ma fille... c'est pas dit que ça irait non plus. Parce que, des fois, ils veulent sortir et ça... ça les ennuie.
- Les visites...
- Nan, j'dis pour habiter.
- Rester habiter avec elle, vous préféreriez ?
- Oh non !
- Non ?
- Des fois, j'y réfléchi... oh non. Non, parce qu'on les empêche de faire des tas de choses.
- Vous auriez peur d'être un poids pour eux ?
- Oh non ! Elles veulent partir voyager un peu dans la... dans leur famille, elles veulent sortir un peu, les amis, tout ça. On... on les gêne, hein. [Silence] Bon bah, ici, je gêne personne. [Silence] Enfin, c'est comme ça. Des fois, je réfléchi, la vie est bizarre quand même. Parce que... Quand on est plus jeune, c'est vrai, on a toujours des ennuis avec... avec les enfants et puis tout. Et puis, après, vous finissez comme ça. [Silence]

Un peu après, l'enquêtrice rebondit sur le fait qu'elle ait plutôt mentionnée sa fille que son fils (alors même que ce dernier a une place beaucoup plus importante dans l'entretien) :

- Oh bah oui !
- Vous êtes plus proche d'elle ?
- Oui, et puis une fille, c'est pas pareil... vous savez les garçons... [Elle fait un geste de la main]
- Ils font leur vie ?
- Bien sûr ! [Silence]
- Vous en avez déjà discuté avec elle ?
- De quoi ?
- De ça, du fait que vous étiez ici, et que des fois, vous pensiez...
- Non, non.
- Vous gardez ça pour vous ?

– Oui. [Silence] Oh oui... [Soupir] [Silence] C'est triste la vie. C'est ce que je dis des fois : quand on est plus jeune, on pense pas et puis... le jour qu'on attrape de l'âge... finir comme ça, c'est pas la peine. C'est ce que je... je serais mieux décédée ! Même morte hein !

Cette conscience duelle, et les traces psychiques qu'elle laisse, est bien montrée par les sociologues et anthropologues du genre, notamment par Nicole-Claude Mathieu (1991) soulignant combien les déterminants matériels et positions de genre objectives façonnent les formes de conscience et de subjectivité. Plusieurs entretiens réalisés avec des femmes font également état de difficultés résultant d'une fragilisation progressive des relations aux enfants, puis aux petits-enfants, qui conduit ensuite à une entrée en Ehpad et à la nécessité de reconstruire réseaux de relations et images de soi. C'est tout particulièrement le cas de femmes issues de milieux populaires ayant travaillé au domicile et ayant eu des enfants ayant connu une mobilité géographique. La distance modère alors les relations aux enfants et aux petits-enfants – qui ne savent plus quoi raconter au téléphone – et qui ne constituent pas des relations significatives pouvant étayer les moments de recombinaison relationnelle somme toute assez importants au grand-âge (du fait notamment de la disparition des relations antérieures et des déménagements). Dans plusieurs entretiens, si les liens familiaux sont présents dans le quotidien, ils ne sont pas toujours présentés comme des étayages forts. C'est sans doute la raison pour laquelle les questions relatives au confinement et aux transformations des relations familiales qu'il a pu induire ont suscité assez peu d'intérêt chez les personnes âgées – ces dimensions étant oubliées et présentées comme de peu d'intérêt, contrairement à la focalisation médiatique sur l'enjeu crucial de l'attachement familial en Ehpad.

Une seconde configuration rassemble, au contraire, des femmes réalisant des tentatives de suicide à des moments de pressions de *care* très importantes (Mme Hollner) ou des configurations conjugales/familiales rendant la réalisation des rôles de genre impossible (supporter des violences conjugales, des infidélités).

Mme Hollner par exemple, articule sa tentative de suicide à une configuration de *care* très mobilisante vis-à-vis de son conjoint de l'époque, souffrant d'une maladie mentale et d'un jeune homme connu depuis l'enfance qu'elle accompagne. Cette situation « trop lourde à porter » est mise en regard d'une prise de médicaments pour « dormir tranquille », « ne plus voir » qu'elle éloigne d'ailleurs de la tentative de suicide : « parce qu'en fait quand on fait une chose comme ça, parce ça passe quand même pour être le suicide bidon... je leur ai bien expliqué que je ne voulais pas mourir, mais que tout d'un coup, je ne pouvais plus faire face aux difficultés de la vie ».

Mme Nabi, 70 ans, relate 2 ou 3 tentatives de suicide lorsqu'elle était plus jeune, lors de moments de tension conjugale forte : un mari infidèle l'obligeant à travailler gratuitement dans la discothèque qu'il possédait, ne lui donnant pas d'argent, amenant ses « maîtresses à la maison » : « c'est lui qui dirigeait tout, j'ai dit bon je pars, il m'a laissé comme ça.. je voulais qu'on se sépare et puis il n'a pas réagi... donc j'ai fait ça » (une tentative suicide) : « avec lui j'ai fait 2 ou 3 tentatives de suicide » ; « une maîtresse est venue à la maison... il paraît que je tremblais... c'est mon corps qui a pris un coup » « je buvais de l'alcool quand il y avait une fille... et un jour j'ai pris des médicaments ». À propos d'une autre tentative : « c'est mon ex qui m'a dit, qui me raconte ah oui j'ai pris une lame. Je ne sais pas comment je me suis retrouvée avec cette lame-là. Je suis rentrée dans la salle de bains et j'ai commencé à me couper les veines et puis il a cassé la porte et il est entré ». Les autres tentatives de suicide plus tardives adviennent dans un contexte familial également tendu. Revenue en France et accueillie chez son fils, elle entretient de mauvaises relations avec sa belle fille qui ne l'aime pas « j'ai bu de l'alcool et... chez mon fils aussi, j'ai fait une tentative de suicide parce qu'il ne voulait pas me laisser partir ». Dans ces cas-là d'ailleurs, si la tentative de suicide constitue un moyen de desserrer cette

pression, les récits qui en sont ultérieurement faits conduisent à s'y réinscrire – la tentative de suicide devenant une faiblesse conjoncturelle, une bêtise et non un acte de protestation assumé adressé à l'entourage comme précédemment pointé.

Mme Bonnet (rencontré via Vigilans, 73 ans, ancienne secrétaire médicale), décrit une relation conjugale violente, l'ayant conduite à un alcoolisme, et qui se poursuit après son sevrage il y a 35 ans. Sa tentative de suicide, qu'elle ne décrit pas comme telle, survient dans ce contexte : « plus il partait, plus je buvais, plus je pensais que c'était ma faute..j'ai appris après par mon beau-père qu'il le faisait avant », « tout le temps, il me traite de shootée, ça fait mal.. j'ai souvent envie de chialer », « [à propos de son hospitalisation après sa tentative de suicide] Manque de bol, mon mari venait tous les jours ! des scandales tout le temps » ; « pas un compliment avec tout ce que je fais, la bouffe, le ménage », « c'est un pervers narcissique... un jour ma sœur lui a dit : « mais tu vas arrêter de l'humilier ? ». Ces violences psychologiques s'articulent à une situation de forte dépendance matérielle (« il tient les comptes... je ne peux pas dire un mot ») accentuée par le fait que reconnue adulte handicapée, la pension qu'elle perçoit est très modeste (« moi j'ai 250 balles de retraite) : « quand tu n'as pas un rond, tu vas où ? », « (divorcer) recommencer à reprendre un appartement, mais vivre de quoi ! à 76 ans ».

Mme Montet, rencontrée via Vigilans, 70 ans, a travaillé dans la confiserie, puis comme secrétaire de direction. Elle démarre l'entretien par le récit de son enfance et des violences subies de la part de sa mère qui la battait régulièrement. Elle décrit un père qui la protégeait un peu de la violence de sa mère, mais a sacrifié ses aspirations scolaires « mon père, il s'en fichait, 5 gosses, veuf ensuite, il avait une maîtresse, personne n'a jamais regardé mes devoirs ». Après la rencontre de son conjoint à 17 ans, elle part à Paris où elle fonde une famille, mais est contrainte de revenir en Lorraine et demande le divorce « je m'occupais des enfants et il jouait au bowling ! ... il ne pensait qu'au travail ! ». Elle circule ensuite entre l'Alsace et la Lorraine au gré des rencontres amicales et amoureuses et a aujourd'hui contact avec ses deux enfants ainsi qu'avec trois amies géographiquement éloignées. Elle se décrit comme « dépressive chronique » du fait de son expérience infantine : « ma première dépression, je l'ai faite à 12 ans, je me sentais mal aimée ».

Enfin, Mme Espérance (rencontrée via Vigilans, 71 ans, coiffeuse, aide restauratrice puis AVS en retraite, une tentative de suicide moins d'un an avant l'entretien) relate un « ras-le-bol » (reprenant les mots de son médecin généraliste) découlant de pressions de *care* importante depuis sa retraite en 2017. À cette période, elle doit aider ses parents desquels elle s'est rapprochée à la suite de son divorce : un père atteint de la maladie d'Alzheimer, une mère « sous oxygène », un frère alcoolique vivant chez ses parents. « J'ai continué à m'occuper de ma famille, mon père malade, ma mère sous oxygène, mon petit frère chez mes parents. Je travaillais encore, ça fait 5 ans que je suis à la retraite ». Cette aide a empêché le tissage de nouvelles sociabilités et s'opère dans un contexte de difficultés financières importantes : le restaurant de son 2^e conjoint a été liquidé, elle paie encore les dettes et des conflits d'héritage suite au décès de son 2^e conjoint en 2011 impliquent de lourds frais d'avocat. Elle doit subvenir aux besoins de son frère et aux frais d'Ehpad de sa mère. Cette tentative lui a permis d'objectiver sa position dans ces relations de *care* et elle est fière d'indiquer à l'enquêteur combien elle arrive désormais à s'en déprendre :

« J'ai un ami d'enfance qui me retéléphone à 71 ans, mais il a des problèmes de santé. C'était mon amour de jeunesse... il veut se rapprocher... je ne lui réponds plus... je lui ai dit "tu n'as rien à attendre de moi !" . Il doit se faire opérer d'une cheville. Il me dit : "Est-ce que je peux compter sur toi ?" non ! je ne peux plus... je ne suis pas son bâton de vieillesse... « Tu as une fille, elle t'aidera ! » « Avant, j'arrivais pas (à dire non)... j'aidais maintenant je n'ai plus personne, je m'occupe de moi ».

Si dans le cas des hommes enquêtés, les relations de *care* suscitent des expériences douloureuses lorsqu'elles ne permettent plus de tenir les identifications de genre (ne plus être chef de ménage chez les hommes), chez les femmes enquêtées, c'est lorsqu'elles intensifient des pressions de *care* et ne suscitent pas la reconnaissance interpersonnelle escomptée qu'elles suscitent mal-être, à l'instar de Mme Hollner qui teste un entourage auquel elle s'est beaucoup consacré « je voulais aussi faire le test de savoir si au moins une personne s'inquiéterait pour moi », dans un contexte où elle se sent « trahie, abandonnée » avec le « sentiment de ne pouvoir compter sur personne ».

2. Des ressources sociales différentielles héritant des parcours de vie

Enfin, ces situations s'expliquent aussi par des parcours de vie spécifiques ayant bien souvent conduit les femmes à restreindre les ressources sociales, relationnelles susceptibles de les aider à faire face à ces pressions de genre au grand-âge – affaiblissement des réseaux relationnels notamment.

2.1. Cumul de disqualifications et étiolement au long cours des ressources matérielles et relationnelles

Mme Hollner fait état d'un parcours biographique marqué par le sentiment d'être « un peu le dernier de la hiérarchie », « toi, tais-toi, mets-toi dans un coin », du fait de son statut de genre et de sa position dans la fratrie (la benjamine) : « il faut prendre sur soi, j'ai horreur de cette expression ! On a l'impression qu'il faut se manger soi-même pour ne pas déranger les autres ». Comme dans d'autres récits, ces souffrances liées à des rapports sociaux de sexe et d'âge ont suscité une médicalisation précoce, avec notamment la prescription d'antidépresseurs, particulièrement consommés par les femmes²⁴. L'exemple le plus fréquemment rencontré concerne des femmes victimes de violences sexuelles ou conjugales, dont les parcours ont été psychiatisés ou médicalisés (prescriptions d'antidépresseurs par le médecin généraliste), et qui ont été socialisées tout au long de leur vie aux usages des antidépresseurs, souvent utilisés pour passer à l'acte. C'est le cas de Mme Nabi, médicamentée depuis ses 20 ans, et qui a réalisé plusieurs tentatives de suicide, toutes par absorption de médicaments ; de Mme Belle, témoignant d'idées suicidaires, qui narrent trois dépressions et un parcours ponctué d'hospitalisation ; de Mme Montet et de Mme Bonnet également.

On retrouve un profil similaire chez Mme Petite, élevée en Algérie, ayant dû vivre avec ses beaux-parents toute la première partie de sa vie, contre son gré en sacrifiant toute intimité et pouvoir décisionnel. La retraite de sa fille et la recomposition des relations mères-filles qui l'accompagnent suscite des émotions douloureuses qu'elle est priée de taire par son mari. Si la redéfinition des rapports aux enfants au moment de leur retraite est responsable de difficultés subjectives, c'est bien l'impossibilité de donner de la voix et l'appel à endurer, en écho à des positions de genre auparavant déjà expérimentées, qui suscite un passage à l'acte facilité par la familiarité avec le Lexomil :

- Parce que cette relation avec votre fille elle était très forte avant ?
- Elle était sûrement très forte.
- Mh. Là ça vous a beaucoup peiné, le fait qu'elle vienne moins, ou qu'elle ne vienne plus
- Oui ça a... je me suis dit... Encore ! Il faut que je me taise !
- Mh
- Et que je supporte.

²⁴ Les femmes consomment davantage de psychotropes (42,4 % au cours de la vie et 22,1 % au cours de l'année) que les hommes (respectivement 27,1 % et 13,1 %) (La santé en action, 2014). Voir notamment Lancelevée et Vozari (2023) pour une analyse critique des biais de genre en actes dans les lectures médicales de la dépression.

- Oui
- Et... il y avait les, le Lexomil qui était à côté
- Mh
- La boîte, j'ai pris du Lexomil.

À ce moment de son existence, Mme Petite éprouve un sentiment d'inutilité d'autant plus fort que les mutations perpétuelles de son conjoint ont empêché tout tissage de sociabilités déjà fragilisées par la migration (de l'Algérie à la France durant sa jeunesse). Ces divers éléments ont provoqué une focalisation sur l'espace domestique et le *care* à l'endroit des enfants – les attentes vis-à-vis de sa fille en retraite s'en ressentent d'autant. Elle a eu l'occasion de développer des relations dans une communauté catholique, mais les personnes étant décédées, elle se retrouve sans relations extrafamiliales significatives.

Si ce cumul de disqualifications ne concerne pas toutes les femmes enquêtées, la totalité d'entre elles évoque un étiolement de réseaux de sociabilité, sources d'identifications extra-domestiques dès la mise en couple, jusqu'au veuvage pour un certain nombre d'elles.

Mme Perrin a, comme nombre de femmes de milieux populaires, construit sa vie autour de son rôle d'épouse et de mère. Son engagement conjugal a par ailleurs été intensifié à l'occasion de la retraite du conjoint qui a investi dans un camping-car et augmenté les voyages conjugaux. Originaire du territoire sur lequel elle continue à vivre, elle a renoncé aux activités qui la maintenaient en proximité de sa fratrie (7 frères et sœurs tous en vie) et de ses amis d'enfance car son mari « n'aimait pas », la conduisant au moment du projet de suicide de son conjoint malade à ne pas envisager « pouvoir continuer à vivre sans lui ». Après son décès, elle renouera avec ses réseaux en fréquentant les clubs de jeux de son ancien village et en nouant des amitiés fortes avec trois veuves, comme elle, libérées des contraintes conjugales et redéployant des sociabilités propres : « puisqu'il n'a pas voulu que je parte, autant continuer à vivre du mieux que je peux ». C'est le suicide abouti du conjoint qui lui permettra de redéployer des prises sur son vieillissement.

Tandis que d'autres comme Francine ou Odile, vieillissant au domicile et n'ayant jamais réalisé de tentatives de suicide, ont pu affronter la maladie des maris en anticipant les recompositions des réseaux relationnels et modes de vie :

- Puis comme ma fille avait, oh, quel âge, pas loin de 30 ans quand il est décédé, elle faisait à manger le soir, s'il avait envie de manger plus tôt.. parce que je venais au centre social de 7 à 8 h. Alors on s'est arrangées comme ça.
- Oui, c'est sûr que ça peut être bien de se garder un temps pour soi dans ces cas-là.
- Ouh la la, oui ! Oui oui, oui oui ! C'était vraiment pas facile. (un temps) Enfin, faut faire avec hein.
- C'est sûr.. Donc ça fait longtemps que vous avez commencé ces activités-là.
- Oui, oui oui. Parce que bon, après l'accouchement et tout ça, au bout du 3ème enfant je me suis dit il faut que je fasse un peu, que je pense un peu à moi (Odile)

- Moi je faisais déjà plus [de sorties] avant, du temps de mon mari [dès après ses accouchements]. Par contre bon, j'avais réussi à venir au centre, même quand il était malade, il y avait une dame qui venait vers lui, que j'avais pris de chez... pour m'aider un peu, j'avais pris une dame pour le jeudi après-midi.. Le médecin il m'avait dit, s'il faut vous garder votre jeudi après-midi, il faut vous.. voilà. Mais je me culpabilisais un peu, aussi.
- Ouais, de pas être là ?
- Oui... mais j'ai quand même tenu jusqu'au bout, voilà, je venais.

- Oui, c'était quand même bien de prendre un petit temps pour vous aussi, pour souffler ?
- Voilà, et puis pour voir aussi les dames, parce que bon, il était pas contagieux mon mari, mais bon, c'est vrai que c'était quand même dur (Francine)

Les femmes rencontrées par le biais des dispositifs de prévention du suicide ajoutent à ces difficultés d'autres épreuves découlant, d'une part, de violences (maltraitements familiales, violences conjugales), et bien souvent, d'autre part, d'une médicalisation précoce de leurs parcours. Dans les cas de Mme Bonnet et de Mme Montet, la reconnaissance d'une invalidité, toujours accompagnée de violences familiales, affaiblit les ressources matérielles propres : « J'étais en invalidité car j'ai la fibromyalgie depuis 1996... j'étais mieux qu'avec ma retraite maintenant !...si j'avais su, je n'aurais pas dû accepter l'invalidité... la retraite ne la prend pas en compte... j'ai 950 euros, c'est pas beaucoup. J'ai du mal à y arriver, je jongle, je n'aime pas les problèmes de fric ». Notamment parce qu'elles ont un impact sur ses opportunités de sortie :

- J'aimerais bien une croisière, des vacances... mais avec quel argent ?
- Une cure [pour ses troubles du sommeil, elle ne dort que 3 h par nuit] ?
- Oui, mais j'ai téléphoné à la sécu, il y a trop à ma charge ».

Ces difficultés financières, découlant des dispositifs institutionnels, concernent également les hommes, à l'instar de M. Duault, soulignant la perte de revenu depuis qu'il a été « réformé » de son emploi d'infirmier à l'hôpital public. Les conséquences sont pourtant moindres pour cet homme qui a gardé au cours de son parcours de multiples relations amicales de proximité.

2.2. Les recompositions tardives de la société conjugale

Les parcours des hommes sont aussi marqués par des normes de genre qui vont construire des seuils et des types d'épreuve différentes davantage circonscrites temporellement et spatialement.

Une première série s'opère dans le couple, consécutivement à des difficultés de santé qui empêchent de se conformer à certains modèles de masculinité valorisant la capacité à gouverner son mode de vie. Le conjoint de Mme Petite formule un projet de suicide qu'il conjugalise après avoir achevé un traitement contre le cancer et sans connaître les effets de la thérapie, du fait de régimes alimentaires très contraints et de l'expérience de la fin de vie d'autres hommes de son entourage. Le caractère public de la déchéance physique, mais aussi sociale, accompagnant la maladie est pointé comme particulièrement difficile :

« On a eu un ami qui a eu le même cancer, sa femme ne voulait pas qu'on aille le voir – il n'acceptera pas que tu le vois dans cet état..... on en parlait, il me disait : je veux pas être comme M. je veux pas arriver dans son état ! » (Mme Petite).

Une seconde série recouvre les reconfigurations subites de *care* aux âges avancés, à l'instar de M. Michel, placé en Ehpad par sa compagne ne pouvant plus suppléer ces problèmes de mobilité, et perdant autorité sur son ménage (elle ne l'écoute plus) et sur toute maîtrise de son espace de vie à l'Ehpad (les soignantes ne l'écoutant pas ne soignent pas). Le veuvage, pointé comme un important facteur de risque épidémiologique et sociologique, n'apparaît en revanche pas comme déterminant dans les entretiens réalisés. Soit parce que le veuvage est arrivé plus tôt et que le conjoint a su redévelopper un mode de vie autonome à un moment de sa vie où il disposait de ressources matérielles, de santé, sociales, soit parce que des remises en couple sont très rapidement recherchées, comme dans le cas de M. Thibaut, indiquant avoir multiplié les relations avant de convertir son rapport aux femmes – de la conquête aux amitiés durables comme l'âge atteint peut le justifier.

Il apparaît donc qu'au grand-âge, la dissolution de la société conjugale ne constitue pas un facteur majeur de mal-être et de tentatives de suicide et que c'est au contraire la redéfinition de la place occupée par les hommes à l'intérieur de cette société conjugale qui prime – en tous les cas chez les hommes enquêtés, issus d'une génération socialisée à l'importance de l'autorité domestique des conjoints.

Face à ces épreuves, les ressources des uns et des autres se distinguent également.

2.3. Des inégales ressources à disposition

L'analyse des parcours de vie des personnes âgées ayant ou non réalisé des tentatives de suicide fait apparaître, comme vu ci-dessus, de fortes convergences. C'est, en revanche, l'examen des ressources à disposition, au moment où les seuils biographiques se passent, qui semblent distinguer les situations. Cette attention portée aux ressources se retrouve également dans les perspectives psychologiques du *coping* (première partie). L'approche sociologique mobilisée s'en distingue de trois manières : d'une part, en ce qu'elle n'étudie pas seulement la vieillesse sous l'angle de la perte de capacité à faire face (elle s'accompagne aussi de ressources possibles), d'autre part, en ce qu'elle examine les conditions sociales ayant rendu ces ressources possibles, enfin en ce qu'elle interroge non seulement les ressources, mais aussi, les contextes sociaux rendant ces ressources mobilisables et pertinentes.

Les parcours biographiques sont marqués par des rapports sociaux entremêlant les identifications de classe et de genre et pesant à plusieurs niveaux : d'abord, sur la capacité à transformer les relations de *care* desquelles les personnes tirent ou non estime d'elles et sentiments de leur utilité, mais aussi sur les ressources développées pour faire face aux transitions liées, par exemple, à l'entrée en Ehpad. La mise à mal de la maîtrise de l'image de soi repose notamment sur la (in)capacité à tenir la face, fortement liée au fait de pouvoir choisir ce que l'on montre de son corps. La préservation de l'estime de soi, tout comme le sentiment « d'aller mal », semblent également liés à des enjeux et à des jeux de classement/déclassement du fait du voisinage contraint qui met en fragilité, en particulier les hommes (toutes classes sociales confondues) et les femmes de milieux bourgeois.

2.3.1. Réinvestir le *care* autrement pour les femmes

Les parcours des femmes sont marqués tant par des positions de *care* qu'elles sont encouragées à tenir au sein de la fratrie, face au conjoint, aux enfants, aux beaux-parents que par le développement de dispositions relationnelles qui y sont associées (savoir se lier, converser...). Lorsqu'elles peuvent être mobilisées, ces ressources permettent de renégocier des places dans des environnements contraints, à l'instar de l'Ehpad et des risques de disqualification (le contact à la mal vieillesse) qui s'y logent.

Ainsi, Madame C., une femme diabétique dont le mari est dialysé, va réaliser pendant la pandémie de nombreux masques – en investissant ces contacts avec le milieu médical, se positionnant à la fois en aide de ces derniers, mais aussi en critique de la gestion sanitaire du fait des connaissances acquises dans sa trajectoire de malade. Elle gère et aide, par ailleurs, son petit frère à prendre soin de lui du fait de son diabète.

C'est aussi le cas au domicile comme le souligne Francine :

- Oui, il y a un sens qui n'est plus là. Avant je me rappelle, quand mes enfants étaient là, j'étais là, après il y a eu les petits enfants j'ai préparé plein de choses pour eux, et puis maintenant bah qu'ils sont grands, il n'y a plus rien à faire !
- Oui donc y a pas quelque chose qui vous rattache, c'est ça ?
- Oui, voilà. Oui, alors en ce moment je tricote pour des amis, mais bon. Pour des amis, comme ça, pour des bébés. [...] Je tricote des trucs pour les poupées, voilà, pour les personnes qui me demandent, voilà..

- Oui vous avez votre petit réseau. ... c'est des amies qui sont dans le quartier ou ailleurs ?
- Non non, c'est ma fille [...], je lui ai dit, je prépare quelque chose, je lui ai déjà envoyé.. Après, bah y a eu la sœur de mon gendre, une amie, pareil, de son côté, bah j'ai envoyé quelque chose, voilà, j'ai fait j'ai envoyé. [...] Alors ça me fait de l'occupation et puis au moins je tricote pas dans le vent, je suis.. Je suis, voilà »
- [...] Comme je suis une personne qui a beaucoup travaillé, puis, j'étais très occupée avec mon chez moi, bah je fréquentais pas beaucoup de monde hein (Francine)

Ou d'Andrée Charon, 75ans, 2 fils et 5 petits enfants vieillissant à domicile :

Quand il a besoin de, il y aussi de, si vous voulez, des échanges de matériel pour se soigner, donc on est.. t'as besoin de ci, bah c'est bon, j'en ai. Ou alors il a des soucis, bon il appelle, il me dit écoute je suis comme ci je fais comment etc.. Moi je suis malade depuis l'âge de 11 ans et j'en ai 75 ! Donc il y a une pratique qu'il n'a pas encore.
Ouais, donc vous pouvez échanger, transmettre..
Oui, voilà. Transmettre des choses que moi j'ai ressenti, qu'il arrive à.. ou alors ma belle-sœur est perdue, elle me dit, ton frère y a ci y a ça, je lui dis fais comme ci fais comme ça. C'est plus euh, je vais pas dire que je leur sers de guide, mais.. (un temps) je fais du dépannage.

Colette, quant à elle, déplace son investissement dans des espaces associatifs :

Sans arrêt je fais des chèques pour des associations qui ont besoin d'argent. Je ne me prive pas, je fais des chèques avec plaisir. Si je le fais, je vais vous dire, j'ai toujours pitié des aveugles. Y a des chiens d'aveugle, et je paye pour ça. [...] Alors, les médecins sans frontières, à qui je donne tout le temps.. .

Ces habiletés relationnelles sont toutefois inégalement distribuées selon les milieux sociaux. Les parcours des femmes de milieux populaires sont marqués par le souci de « ne pas déranger » et de ne pas se singulariser. L'expérience de positions professionnelles subalternes peut, en effet, gêner l'acquisition et la mobilisation de ces dispositions, à l'instar de la crainte de déranger de Mme Gauthier.

Madame Gauthier a travaillé en tant que secrétaire pour un huissier de justice « qui criait tout le temps ». Sa posture est, par ailleurs, traversée par une certaine infériorisation de soi (avoir fait de « petits travaux ») et marquée par le souci de « ne pas déranger » les gens qui ont leur vie (une famille proche, un conjoint), qui ne se veut pas critique des autres, et qui ne veut pas singulariser son mal-être (« comme tout le monde »).

De la même manière, chez les femmes de milieu populaire enquêtés, les sorties et la présence dans les espaces publics doivent se faire dans certains contextes. Il faut un but dit Mme Montet (« j'adore sortir, mais il me faut un but »). Mme Bonnet, elle, n'envisage pas de sorties ou des relations sociales indépendamment d'une activité conjugale et familiale : « sortir pour aller où ? Et avec lui (son conjoint violent), ce n'est pas la peine ! ». Outre ces compétences au *care*, on trouve également les compétences associatives ou professionnelles accumulées par les hommes et les femmes cadres.

2.3.2. Réinvestir les compétences associatives ou professionnelles

Madame Martin, issue d'un milieu bourgeois, ancienne infirmière et ayant un parcours de militante politique, se fait porte-voix des personnes âgées et tire place de sa capacité à conseiller les professionnels.

- Enquêtrice : [Nous parlons des repas en salle à manger] Ça, c'est le personnel qui donne les places ou si vous vous asseyez où vous voulez ?

- Madame Martin : Non, on nous assigne des places. Voilà. On peut demander à changer quand... Voilà. [Silence] On sympathise plus ou moins avec des gens quoi. Moi, j'aime bien Madame Klein, elle a du mal en ce moment, elle est fatiguée. [Silence] [Soupir] Y'a pas assez de personnel pour... je m'insurge aussi parce que quelquefois on les... leur dignité est atteinte dans la mesure où on les protège pas assez quand ils mangent et qu'ils ont des difficultés à manger. Ils se tâchent beaucoup. Alors je me suis insurgée l'autre jour parce que Madame Kocher, il lui avait pas mis ce tablier en plastique plus la serviette-bavoir... bon, elle aime pas, je sais que c'est elle qui n'aime pas, mais autrement elle en met partout, quoi ! Alors, moi, ça me fait mal au cœur parce que c'est une femme qui a l'air distingué, même si elle avait pas l'air distingué. [Silence] Je trouve que... si plus tard, je suis obligée d'être souillée... par la nourriture de cette façon, j'arrêterai de manger. Enfin... je sais pas... Voilà.
- Vous vous êtes autonome pour toute... vous n'avez pas de problème de santé...
- Ah oui ! Ah ben oui ! [Silence] Alors on dit, je suis trop... trop intrusive, c'est-à-dire que je m'occupe trop des autres, alors je me fais rabattre le caquet évidemment ! [Rires] « Madame Martin ! Regardez votre assiette ! » [Rires], Mais bon, elles sont habituées et moi aussi, alors !
- C'est pas des gros conflits quoi, c'est des...
- Oh oui ! Non, c'est pas des gros conflits ! C'est la vie quoi, tout simplement ! C'est la vie. Voilà. [Silence]

M. Quéré utilise son expérience de bénévole, au sein même de l'Ehpad où il vit au moment de l'enquête, pour brouiller les frontières et continuer à occuper des positions d'autorité. Il dit participer aux activités, surtout pour « faire plaisir aux animateurs qu'il connaît bien », mais n'y trouve pas beaucoup d'intérêt. Il détaille, cependant, avec une certaine fierté, son activité dans une salle de sport à l'extérieur de l'établissement spécialisé dans la rééducation – il a fait un AVC il y a bientôt quatre ans et espère bien récupérer ses fonctions motrices. Il se dit agacé par le fait que les soignantes ne le laissent pas faire certains mouvements seul. Il évoque les autres résidents sans s'inclure dans le groupe (par exemple, « On va faire une sortie avec les gens de l'Ehpad »). Son expérience associative antérieure est considérée comme un problème par la psychologue de l'établissement qui nous l'a adressé car elle gêne son identification au groupe des résidents, là où pour l'informateur, elle constitue un outil permettant de passer un seuil d'âge – devenir résident d'Ehpad, et de genre – être aidé tout en restant un homme. On mesure ici à quel point les ressources accumulées au long du parcours de vie ont besoin, pour constituer des étayages subjectifs opérants, de rencontrer des contextes les considérant comme tels.

3. Les spécificités des parcours des personnes « psychiatriées »

Dans notre panel d'informateurs, 2 situations nous semblent présenter des particularités importantes. Toutes ont été rencontrées par le biais des dispositifs spécialisés dans la prévention du suicide et ont, en commun, un suivi au long cours par divers professionnels de santé, notamment de santé psychique.

Dans ces situations, les tentatives de suicide apparaissent très peu démarquées – il s'agit d'accident, d'erreurs dans la prise de médicaments ou de détournements d'usage (des antidépresseurs pris pour dormir). Cette faible démarcation doit être lue, comme nous l'avons fait, à l'aune des normes sociales encadrant la tentative de suicide et conduisant les personnes à euphémiser le geste. Elle tient aussi, dans les cas particuliers ici considérés, à une particularité du parcours de soin – la tentative de suicide est inscrite dans le continuum de soin et apparaît comme une défaillance dans la régulation des traitements pris. C'est ce qu'évoque Mme Forschen, 71 ans.

- [A propos de sa tentative de suicide] Vous y pensiez longtemps avant, à... ?
- Non. Non pas du tout.
- D'accord.
- Pas du tout.
- Ce n'est pas quelque chose qui restait en permanence
- Non non non non. [...]
- Quand vous commenciez à boire par exemple, ces idées de vouloir mourir n'étaient pas là ?
- Nooon ! pas du tout c'était le but de... me sentir bien, de...
- de vous sentir mieux psychologiquement
- Voilà, de dormir. Ah non non pas du tout hein... [...]

Elle se retrouve ravitaillée en antidépresseurs à la suite d'un rendez-vous chez son médecin traitant. C'est ce contexte qui vient forger l'idée de « tout prendre » à un moment d'épuisement.

- En 2018 donc [...] vous avez fait une tentative, c'était dans quel contexte cette fois-ci ?
- En 2018... (silence). Ben écoutez il n'y avait rien de spécial parce que j'étais encore allée chez le médecin à 14 h. Je picolais déjà. [...] J'avais rendez-vous pour mon renouvellement de médicament. Elle m'a reçue, tout s'est bien passé. Et je n'ai rien dit hein ! [...] Je n'étais pas bien hein. [...] Je suis allée à la pharmacie, j'ai cherché tout le... pfff, pour le mois. Je suis allée chez super U chercher un colis, je suis rentrée. Et j'ai picolé [...].
- Pourquoi vous avez picolé ?
- Je ne sais pas ! [...] Je n'étais pas bien et je ne peux même pas expliquer. [...] Et j'avais oublié ma pochette sur le bureau du docteur. Et (prénom), sa secrétaire, elle m'appelle, elle dit : « écoute, tu as oublié le dossier chez le docteur [...], je te le mets dans la boîte aux lettres en passant ou tu viens le récupérer ? ». J'ai dit : « écoute, je n'en ai rien à foutre ». Je leur ai répondu : « je n'en ai rien à foutre... j'en ai marre... moi je vais me foutre en l'air, maintenant je sors de la pharmacie j'ai tout ce qu'il faut, moi je sais quoi prendre ».

Ces défaillances découlent de dimensions subjectives : les antidépresseurs sont pris de longue date, des stocks constitués à mesure du parcours sont à disposition, les personnes développent une familiarité avec les médicaments les conduisant à adapter les posologies, à en tester d'autres en raison parfois d'une sensation de faible efficacité, voire, à échanger des traitements. M. Duault, par exemple, a pris le traitement de sa compagne, à sa vue « sur le frigo ». Mme Montet a pris le traitement morphinique d'un ami pour soulager des douleurs fibromyalgiques récalcitrantes, en augmentant d'elle-même la posologie, du fait de l'acuité de son ressenti.

Elles découlent aussi de dimensions objectives impliquant une réflexion sur les effets et enjeux du vieillissement dans la maladie, et notamment la maladie psychique. À mesure de l'avancée en âge, les maladies et troubles psychiques spécifiques (bipolarité, dépression) voisinent, en effet, d'autres maux (troubles cardiaques, douleurs récalcitrantes suite à des chutes ou des opérations, troubles du sommeil...). L'adjonction de ces comorbidités s'accompagne d'une accumulation des thérapeutiques dont l'articulation est souvent laissée à la charge du patient, du fait d'une segmentation des prises en charge. Le psychiatre est vu pour les thérapeutiques liées aux maladies psychiques, le reste est supervisé par un médecin généraliste.

C'est le cas de Mme Montet qui articule un traitement antidépresseur avec un traitement pour le cœur et un traitement antalgique puissant du fait de sa fibromyalgie. La posologie de Tramadol devant être adaptée en raison de ses problèmes cardiaques, la prise en charge de sa

douleur est jugée insuffisante (« là, j'ai mal tout le temps, ça m'énerve ») et suscite une charge émotionnelle et psychique finalement non accompagnée. C'est ce qui conduit Mme Montet, épuisée par la situation, à une surdose de morphinique procurée par son entourage. Suite à sa tentative de suicide, le suivi psychiatrique s'est vu renforcé, sans que la situation ne s'améliore. Mme Montet explique les conflits l'opposant à la psychiatre du dispositif de prévention du suicide avec qui elle ne peut parler que de médicaments et qui ne lui reconnaît pas sa capacité à appréhender les adaptations de traitement nécessaires :

La psychiatre ? Elle ne me parle de rien, que des médocs... je ne peux rien lui dire parce qu'elle ne me pose pas de questions. C'est son boulot non ? J'y vais une fois par mois pour l'ordonnance : elle me dit Mme Montet, si vous ne venez pas, pas de médicaments [le Lexomil] ! Je lui ai dit : « gnagnagna » [...] j'ai trouvé ça nul. J'ai dit que j'étais grande... je n'aime pas... qu'on m'infantilise et en psychiatrie, on infantilise beaucoup !

CONCLUSION GENERALE ET SYNTHESE

Le projet de recherche Mal-âge « Mal-être au grand-âge en contexte pandémique » a été conduit par une équipe de sociologues, sous la direction d'Ingrid Voléry, entre 2021 et 2022. Partant d'un contexte pandémique impossible à ignorer au démarrage de l'enquête, il s'agissait plus largement de s'atteler à élucider un fait statistique qui, bien que persistant, est relégué aux marges des recherches sur le suicide – le suicide des personnes âgées de plus de 75 ans. La particularité statistique de ce type de suicide est sa constance, en dépit de l'amélioration des conditions de vie et de santé des personnes âgées dans la société française contemporaine, mais aussi, son caractère très genré. La sursuicidalité des hommes est connue, mais elle est particulièrement importante aux âges avancés (plus de 85 ans) notamment. La prise en compte des lésions auto-infligées (tentatives de suicide) dans les données statistiques récentes confirme cette spécificité.

Pourtant, le suicide des personnes âgées est peu abordé dans les travaux psychiatriques et de santé publique et quasiment ignoré des recherches sociologiques sur le suicide ou le vieillissement. La lecture des récents travaux de psychiatrie, épidémiologie, santé publique, en langue anglaise et française, donne à dire deux approches généraliste et spécifique – toutes deux sous-tendues par une vision déficitaire de la vieillesse saisie comme période de vulnérabilité accrue, de perte de *coping*, de propension au développement de dépression ou de troubles de l'attachement du fait de traumatismes passés, de difficultés de santé ou d'un contexte social d'âgisme. L'analyse des travaux sociologiques conduits sur le suicide donne, quant à elle, à lire des approches positivistes et constructivistes se focalisant sur deux facettes complémentaires du suicide : le suicide comme pratique à expliquer par des déterminants sociaux ou le suicide comme modèle culturel, notamment marqué par la diffusion d'approches psychologiques individualisantes depuis le XIX^e siècle. Ces travaux ne répondent pas ou très partiellement à la question de la sursuicidalité des hommes âgés, et plus largement, à l'influence croisée des normes d'âge et de genre sur les expériences subjectives douloureuses et les tentatives de suicide. Au mieux, ils ont identifié une matrice genrée du suicide cadrant les manières de passer à l'acte et de raconter cet acte (mettant l'accent sur le caractère actif et violent du suicide des hommes, le caractère passif et relationnel du suicide des femmes) ou, dans la lignée de Durkheim, ils ont mis en exergue les effets différentiels de l'intégration conjugale et familiale sur les hommes et les femmes.

Fort des connaissances accumulées en sociologie du genre et des âges, le projet décale la perspective en étudiant les normes d'âge et de genre pesant sur les manières de mettre en mots son mal-être ou sa tentative de suicide, mais aussi en tenant compte des parcours de vie fabriquant, au grand-âge, des configurations de *care* et des ressources singulières. Conduite dans un contexte pandémique qui a réactivé des représentations de la mauvaise et de la bonne vieillesse, l'enquête a également tenu compte du traitement médiatique et politique du mal-être des personnes âgées durant la Covid-19 et de ses résonances marginales sur les points de vue des personnes âgées enquêtées en Ehpad, en Ehpa, en domicile (parmi lesquelles 14 d'entre elles avaient réalisé une ou plusieurs tentatives de suicide).

La méthodologie utilisée dans le projet est qualitative puisqu'il s'agissait d'appréhender les visions et les significations accordées aux expériences de mal-être et de tentatives de suicide et que les modes de narration, en eux-mêmes, constituaient un des objets de la recherche. Elle croise d'un côté, des entretiens semi-directifs, replaçant les expériences de mal-être et de tentatives de suicide dans les biographies au long cours, de manière à ne pas réifier une vieillesse que l'on sait façonnée par le temps long des biographies et des inégalités de genre et de classe qui les marquent, et, de l'autre, un corpus documentaire constitué de textes médiatiques, politiques et scientifiques.

La présente synthèse ne reprendra pas nécessairement le déroulé de l'ensemble de l'argumentation du rapport de recherche, mais tentera de mettre les apports de l'enquête et de l'analyse au service des questionnements que peuvent rencontrer des institutions en charge de la prévention du suicide et de l'accompagnement gérontologique.

1. Intérêt de l'abord sociologique et de la mobilisation croisée des sociologies du genre, des âges et du suicide

Le premier point de cette synthèse entend souligner la façon dont l'abord sociologique du mal-être et du suicide des personnes âgées peut compléter les connaissances produites par les recherches en psychiatrie, épidémiologie et santé publique.

Il permet d'abord de se distancier des lectures déficitaires de la vieillesse – temps de perte de *coping* ou de stigmatisation sociale – pour considérer également la façon dont les visions sociales de la vieillesse peuvent également servir à normaliser des altérations corporelles ou des changements de mode de vie et à négocier des passages biographiques difficiles, en contenant le mal-être qui peut en découler.

L'approche sociologique permet également de ne plus considérer le sexe et l'âge comme des variables ou facteurs de risque fixes agissant pour tous les hommes et toutes les femmes de la même manière, mais d'y voir aussi des modèles culturels desquels les hommes et les femmes peuvent se distancier. Le veuvage, par exemple, n'affectera pas tous les hommes de la même manière, selon qu'il survient à un âge où les ressources relationnelles, économiques, familiales permettent de redéployer un mode de vie sur lequel on a pris ou qu'il survient à un âge plus avancé, dans un contexte impliquant une perte d'autorité et de maîtrise domestique totale (avec l'entrée en Ehpad par exemple). De la même manière, le contact aux enfants ne protège pas toutes les femmes de la même manière. Il peut aussi constituer un facteur de fragilisation lorsqu'il intensifie une charge de *care* ou lorsque les enfants ne répondent pas aux investissements tout particulièrement attendus par les mères.

Enfin, elle invite à considérer différemment le rôle de la dépression dans les expériences de mal-être et de suicide. L'analyse des rapports que les gens entretiennent avec l'étiquette « dépression » et la médicalisation des parcours que cela génère conduit à envisager la dépression comme une dimension pouvant aussi « protéger » ou mettre à distance le suicide (intensification de la surveillance, prise d'antidépresseurs contenant les difficultés, identification alternative – être dépressive, mais pas suicidaire).

2. Le suicide des personnes âgées, un fait social peu sensible aux effets de contexte pandémique

Le deuxième résultat du rapport (première partie) concerne l'écart existant entre, d'un côté, le traitement politique et médiatique de la pandémie (focalisation sur le mal-être des personnes âgées en Ehpad, isolement des aînés, glissement lié aux pertes d'attaches familiales), pour partie repris par les professionnels du champ gérontologique et, de l'autre, les entretiens faisant peu référence à la pandémie et au confinement en tant que dimensions générant du mal-être ou des tentatives de suicide. Pour les personnes âgées enquêtées, les expériences de mal-être et les tentatives de suicide découlent de dynamiques au long cours et semblent peu sensibles à de tels effets de contexte – parce que les modes de vie étaient déjà centrés sur le domicile, les réseaux de sociabilité déjà étiolés et parfois compensés par le déploiement d'activités solitaires ou à distance, ou même du fait de l'intensification de l'attention familiale dans un contexte pandémique dramatisant la vulnérabilité des aînés.

3. Dire son mal-être, sa tentative de suicide : des façons de renégocier des identifications d'âge, de genre et des continuités biographiques

Le troisième résultat concerne les récits des tentatives de suicide et du mal-être, analysés dans la deuxième partie du rapport. Ces récits ne sont pas seulement des indices (à la manière de l'autopsie psychologique) permettant de reconstituer des rationalités. Ce sont aussi des manières d'intégrer des épisodes subjectivement et socialement complexes (en particulier pour le suicide, socialement et moralement réprouvé) dans une biographie et de recomposer des identifications pouvant être mises à mal à ces occasions.

Les récits recomposent des identifications d'âge tant les injonctions sociales au bien-vieillir actif, en projet, en sorties et en sociabilités demeurent et rendent difficile l'expression de plaintes subjectives, pour des raisons différentes, selon les lieux de vie. En Ehpad et en Ehpa, exprimer un mal-être, des idées suicidaires, c'est prendre le risque de voir la surveillance professionnelle et familiale se resserrer et perdre un peu plus de maîtrise sur sa vie. Au domicile aujourd'hui présenté comme modèle de félicité du vieillissement, par ailleurs à distance des réseaux de santé psychique, exprimer son mal-être s'avère encore plus difficile et disqualifiant. Lorsque des tentatives de suicide ont été réalisées, deux stratégies sont alors observées : l'euphémisation de la tentative permettant d'atténuer la transgression de la norme (ne pas avoir su vieillir en restant investi) – la bêtise, le coup de tête – ou sa revendication, qu'elle soit politisée (le suicide « philosophique » des milieux culturellement dotés) ou non (dans les rares cas de suicides conjugalisés).

Les récits recomposent également des identifications de genre tant il est vrai, par exemple, que le suicide « raté » peut faire douter d'une détermination à laquelle les hommes enquêtés, mais aussi quelques femmes de milieu aisé, sont attachés ou que la tentative de suicide peut signifier, pour certaines femmes, l'esquive problématique de leurs obligations de *care*. Sous cet angle, parler du mal-être et de sa tentative de suicide constitue, non seulement, un instrument de surveillance pour les professionnels des champs gérontologiques et de prévention du suicide, mais aussi une façon d'intégrer ces événements dans une continuité de vie et de soi. La prise en compte de cette dimension peut conduire à envisager de manière sensiblement différente les entretiens cliniques et à diversifier les disciplines pouvant y contribuer.

4. Intensifications des pressions de *care* et déprises domestiques : des parcours et configurations genrés

Le quatrième résultat de la recherche concerne les effets du temps long – notamment de parcours biographiques genrés, sur les configurations dans lesquelles les hommes et les femmes enquêtés se trouvent au grand-âge et les tensions subjectives qu'ils et elles sont amenés à traverser. Comme Chris Girard (1993) l'a suggéré, les parcours des hommes et des femmes sont soumis à des forces sociales différentielles qui structurent des passages et seuils différents.

Chez les femmes interrogées, les parcours sont marqués par de fortes pressions de *care* (enfants, conjoints, beaux-parents) qui s'exercent au long cours et qui les conduisent donc à développer le sentiment d'une responsabilité de *care*, voire d'une respectabilité tirée du *care*. Naturalisée et peu reconnue par l'entourage comme par la société proposant des réponses médicales individualisées plus que structurelles (la prescription d'antidépresseurs pour aider à tenir), cette charge suscite des consciences duelles (le désir, devenue âgée, de vivre enfin pour soi, mais l'impossibilité d'abandonner le proche) en sus de tensions, fatigue morale et sentiment de non-reconnaissance déjà documentés. Dans de tels contextes, les tentatives de suicide qui

adviennent semblent servir à se déprendre (partiellement) de ces pressions²⁵ ou, paradoxalement, à s'y conformer. C'est le cas dans des situations où le rôle de *care* – plutôt étudié dans la littérature sous l'angle de l'entretien de la vie – est étendu à l'organisation du suicide et que le devoir de *caregiver* semble impliquer la nécessité de partir avec le conjoint ou le parent.

Chez les hommes enquêtés, les parcours sont différents, comme le révèle également les façons de se raconter. Les entretiens conduits avec les hommes sont, en effet, duels. Les hommes interrogés apportent les éléments d'une biographie longue lorsqu'ils évoquent les trajectoires professionnelles mais ils se situent dans des temporalités beaucoup plus restreintes lorsqu'il s'agit d'expliquer/de s'expliquer un mal-être ou une tentative de suicide. Sans doute peut-on craindre un biais lié à la situation d'interaction (la valorisation du parcours professionnel et l'escamotage des épisodes plus disqualifiants), mais on peut aussi faire l'hypothèse d'une spécificité des parcours masculins – les hommes devant affronter des pressions de *care* singulières : dans leurs temporalités et leurs résonances. Dans les parcours étudiés, les hommes doivent, en effet, affronter des réorganisations des modes de vie, sociabilités et identifications, subites et non anticipées (sauf dans des situations de veuvage précoce où les hommes ont développé des ressources ensuite utilisées au grand-âge). Par ailleurs, dans la majeure partie des situations étudiées²⁶, les changements des configurations de *care* sont mal vécus dès lors qu'ils occasionnent des pertes de maîtrise du mode de vie, dans des contextes où les hommes disposent de moindres ressources pour faire face (soit qu'ils n'en aient pas, soit qu'elles ne soient pas ajustées aux contextes). Ceci nous conduit à parler, à leur endroit, de situations de *déprise domestique* dont on peut penser, de par les changements de mode de vie, mais aussi d'identifications de genre qu'elles génèrent, qu'elles gagneraient à être tout particulièrement mesurées et surveillées dans les dispositifs d'accompagnement des personnes âgées et de prévention du suicide. Ces déprises domestiques peuvent survenir à l'occasion d'une entrée en Ehpad, mais pas seulement. Et elles n'affectent pas tous les hommes entrant en Ehpad : les hommes ayant participé au choix et ayant pu redéployer des territoires de contrôle dans les structures sont moins affectés.

5. Des frontières entre suicidants et non suicidants brouillées

Le cinquième résultat concerne l'étude des frontières traçables entre personnes suicidantes et non-suicidantes. Aucun élément de position (lieu de vie, statut matrimonial, tranche d'âge) ne permet de les distinguer clairement, pas plus que les modes opératoires choisis (sachant que, du fait des âges, des modes de vie et moyens disponibles, le panel enquêté n'implique pas de tentative de suicide par arme à feu par exemple). On peut cependant noter des distinctions impliquant les types de parcours de santé psychique. Deux profils se distinguent alors :

5.1. Les individus précocement suivis par les services de santé psychique

Ils connaissent des tentatives de suicide survenant plus jeunes – avant 75 ans, et cumulent parfois plusieurs tentatives. Ces personnes sont, du fait de leur âge, plus souvent à domicile, sans dispositif de surveillance et de socialisation des plaintes (faible écoute possible²⁷).

²⁵ Partiellement puisqu'une tentative de suicide pour se déprendre d'une obligation de *care* sera ensuite narrée comme une bêtise et jamais revendiquée comme moyen de subversion des normes de genre.

²⁶ À l'exception de deux situations d'hommes ayant réalisé des tentatives de suicide plus jeunes et ayant un suivi psychiatrique au long cours.

²⁷ Les contacts aux psychiatres semblent des occasions, plus ou moins conflictuelles, de discuter des traitements plus que des dynamiques biographiques générant des tensions subjectives.

Chez eux, la tentative de suicide est peu démarquée. Elle n'est pas narrée comme une rupture. Les individus ne se présentent jamais comme suicidaires, même lorsqu'ils ont réalisé plusieurs tentatives de suicide au cours de leur vie. Elle est envisagée comme un « accident » dans la régulation de consommation de médicaments (par exemple antidépresseurs), pris depuis longtemps et desquels les personnes sont familiarisées (connaissance des circuits d'approvisionnement, stocks parfois à disposition, habitudes d'adapter les posologies). Les médicaments sont pris pour dormir, gérer ses douleurs, ne pas penser à des angoisses que l'on peine à évoquer et s'articulent à d'autres (à mesure des pathologies survenant avec l'avancée en âge), parfois à de l'alcool, parallèlement utilisé pour gérer les angoisses.

5.2. Les individus non « psychiatisés »

Ils sont, en général, plus âgés et donc tendanciellement plus à même de vivre dans des institutions

Chez eux, la tentative de suicide est davantage démarquée – même si elle n'est pas toujours revendiquée (une « bêtise »). Dans ce groupe, les configurations de *care* traversées et les épreuves qui les accompagnent (perte d'autonomie et perspective de l'Ehpad, redéfinition des modes de vie et des habitudes relationnelles) ne permettent pas de distinguer les suicidants des autres. En revanche, les ressources mobilisables, à un moment donné dans un espace donné, pour négocier les réidentifications et l'élaboration de sociabilités alternatives sont distinctives. Pouvoir s'identifier hors de son couple, afin d'envisager une vie sans le conjoint malade, peut permettre de mettre à distance le suicide. De la même manière, pouvoir envisager d'autres façons d'être un homme en Ehpad – quand on n'est plus ni chef de ménage, ni détenteur de l'autorité domestique – atténue assurément la saillance du seuil franchi.

6. Suicides de vieillesse ou dans la vieillesse ?

Le dernier résultat qui en découle nous invite à nuancer la spécificité du suicide de vieillesse qui n'est pas un suicide réactionnel à l'âgisme ou consécutif à une mort sociale et psychique accompagnant l'entrée dans le grand-âge, mais qui peut être :

6.1. Un suicide lié au vieillissement dans la maladie psychique

Dans le cas de la première situation évoquée (les individus précocement psychiatisés), le suicide semble découler d'un défaut de régulation des instruments de médicalisation du parcours. Celui-ci survient dans des contextes où les individus ont vieilli dans la maladie psychique, ce qui entraîne des changements objectifs peu pris en compte dans les dispositifs de suivi existants (complexification des traitements du fait des comorbidités liées à l'âge, absence de tierce régulation de l'ensemble – le médecin généraliste gère les traitements cardiaques, antalgiques, le psychiatre les antidépresseurs), mais aussi, subjectifs (domestication forte des traitements dont les risques sont moins bien appréhendés, perte d'efficacité ressentie, automédications accompagnées parfois d'échange de traitements au sein de l'entourage). Le vieillissement induit alors une dérégulation des parcours de soin.

6.2. Un suicide de passage d'âge

Dans la deuxième situation évoquée (les individus non suivis par les professionnels de santé psychique), le suicide intervient dans des moments de passage d'âge, des périodes où des seuils institués et subjectifs sont franchis et marquent l'entrée dans le grand-âge. Un tel passage ne survient pas à un âge chronologique fixe puisqu'il dépend de seuils extérieurs (l'entrée en Ehpad, le départ en retraite des enfants), des moments où ces seuils sont franchis et des ressources accumulées et valorisables au moment de leur franchissement. Ces seuils ont ceci de particulier qu'ils font coïncider à la fois de fortes réorganisations des conditions matérielles d'existence et des modes de vie, mais aussi, de grands bouleversements des identifications

d'âge et de genre, dans un espace-temps court. Ce qui empêche les individus de réaménager des ressources pour y faire face et négocier les changements, tout en maintenant des conformations possibles aux modèles du bien-vieillir/de masculinité ou de féminité qu'ils valorisent.

Ces deux formes de suicide appellent assurément des dispositifs de suivi singuliers.

BIBLIOGRAPHIE

- Andrian J. (1990), « Le suicide des personnes âgées comparaisons nationales et internationales (1976-1987) », *Espace, populations, sociétés*, 3, pp. 565-572.
- Argoud D. (2016), « L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public », *Gérontologie et société*, vol. 38/149, n°1, pp. 25-40.
- Bailey V. (1998), *This rash act': suicide across the life cycle in the Victorian city*, Stanford, California, Stanford University Press.
- Balard F. (2013), « “Bien vieillir” et “faire bonne vieillesse”. Perspective anthropologique et paroles de centenaires », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 44-1 | 2013, mis en ligne le 20 septembre 2013, consulté le 03 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/rsa/925> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rsa.925>
- Balard F., Voléry I., Fornezzo É. (2020), « La construction du suicide des personnes âgées comme problème public », *Gérontologie et société*, vol. 42/163, n°3, pp. 187-204.
- Balard F., Schrecker C., Moulin P. (2021), « Dé(s)mesure(s) de la fin de vie », *Gérontologie et société*, 43, 164, pp. 11-31. <https://doi.org/10.3917/gsl.164.0011>
- Baudelot C., Establet R. (1984), « Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social », *Economie et statistique*, n°168, Juillet-Août .
- Baudelot C., Establet R. (2006), *Suicide. L'envers de notre monde*, Paris, Le Seuil.
- Beghi M., Butera E., Cerri C.G., Cornaggia C.M., Febbo F., Mollica A., Berardino G., Piscitelli D., Resta E., Logroscino G., Daniele A., Altamura M., Bellomo A., Panza F., Lozupone M. (2021), « Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 8, pp. 193-211.
- Besnard Ph. (1973), « Durkheim et les femmes ou le Suicide inachevé », *Revue française de sociologie*, 14, 1, pp. 27-61.
- Canetto S. S. (1997), “Gender and suicidal behavior: Theories and evidence”, in R. W. Maris, M. M. Silverman, S. S. Canetto (Eds.), *Review of suicidology*, Guilford Press, pp. 138-167.
- Canetto S. S. (2008), “Women and suicidal behavior: A cultural analysis”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 2, pp. 259-266.
- Canetto S. S. (2017), “Suicide: Why Are Older Men So Vulnerable?”, *Men and Masculinities*, 20, 1, pp. 49-70. <https://doi.org/10.1177/1097184X15613832>
- Canetto S. S., Sakinofsky, I. (1998), “The gender paradox in suicide”, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1, pp. 1-23.
- Canevascini M. (2012), *Le suicide comme langage de l'oppression. Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques*, thèse de doctorat en Sciences Sociales sous la direction d'Ilario Rossi, Lausanne.
- Casadebaig F.; Ruffin D.; Philippe A. (2003), « Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 51, n°1, pp. 55-64.
- Charpentier M., Quéniart A. (dir.) (2009), *Vieilles, et après! Femmes, vieillissement et société*, Montréal, Les éditions du remue-ménage.

- Chauvel L. (1997), « 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, pp. 681-734.
- Clément S., Mantovani J. (1999), « Les déprises en fin de parcours de vie. Les toutes dernières années de la vie », *Gérontologie et société*, 22, 90, pp. 95-108.
- Conejero I., Berrouguet S., Ducasse D., Leboyer M., Jardon V., Olié E., Courtet P. (2020), « Épidémie de COVID-19 et prise en charge des conduites suicidaires : challenge et perspectives », *L'Encéphale*, 46, 3, pp. S66-S72.
- Conwell Y, Van Orden K, Caine ED (2011), "Suicide in older adults", *Psychiatr Clin North Am*, 34, 2, pp. 451-68.
- Cousteaux A-S., Pan Ke Shon J-L (2008), « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue française de sociologie*, vol. 49, n°1, pp. 53-92.
- Cui R., Fiske A. (2022), « Relation Between Depression Symptoms and Suicide Risk in Adults and Older Adults: A Brief Report », *Journal of Applied Gerontology*, 41, 1, pp. 176-180.
- Singly (de) F. (1996), *Le soi, le couple et la famille*, Paris, Nathan.
- Douglas J. D. (1967), *The Social Meanings of Suicide*, Princeton, Princeton University Press.
- Durkheim E. (1897), *Le Suicide, étude de sociologie*, F. Alcan.
- Emslie C., Ridge D., Ziebland S., Hunt K. (2006), « Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? », *Social Science & Medicine*, vol 62, n°9.
- Flahault E. (2009), *Une vie à soi : nouvelles formes de solitude au féminin*, Rennes, PUR.
- Fourrier M. (2020), « Bien vieillir en EHPAD : une gageure ? », *Imaginaire & Inconscient*, 45, pp. 123-131.
- Fraser C., Luther J., Kasckow J. (2019), « Risk Factors for Suicide in Older Inpatient Veterans with Schizophrenia », *Community Mental Health Journal*, 55, 2, pp. 267-270.
- Giddens A. (1966), « A typology of suicide », *Archives européennes de sociologie*, VII, 2, pp. 276-295.
- Girard C. (1993), "Age, Gender, and Suicide: A Cross-National Analysis", *American Sociological Review*, 58, 4, pp. 553-574.
- Guérin L. (2016), *Manger ensemble : mourir ensemble : ethnographie du repas collectif en Ehpad. Thèse de doctorat en Sociologie*, Paris, EHESS.
- Héritier F. (1996), *Masculin, Féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob,
- Russell C. (1999), "Interviewing Vulnerable Old People: Ethical And Methodological Implications Of Imagining Our Subjects", *Journal of Aging Studies*, Vol 13, n°4, pp. 403-417.
- Jany-Catrice F. et al. (2023), « Compter les morts en Ehpad. La construction et la communication des données de mortalité en Ehpad durant la crise Covid », *Politique & Management Public*, 2, n 2, pp. 149-171.
- Jaworski K. (2014), *The gender of suicide : knowledge production, theory and suicidology*, Front cover, Routledge.
- Jaworski K. (2015), « Suicide, Agency and the Limits of Power », dans *Suicide and Agency: Anthropological Perspectives on Self-Destruction, Personhood, and Power*, 1^{re} édition, Routledge.

Ko Y., Han S.Y., Jang H.-Y. (2021), « Factors Influencing Suicidal Ideation and Attempts among Older Korean Adults: Focusing on Age Discrimination and Neglect », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 4, p. 1852.

Duprat-Kushtanina V. (2013), « Le *care* auprès des enfants dans un parcours de vie féminin, les rôles des mères et des grand-mères (France-Russie) », *Recherches familiales*, vol. 10, no. 1, pp. 139-147.

Legrand M., Voléry I. (2012), « Introduction au Dossier « Genre et vieillissement » », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 15 novembre 2012, consulté le 02 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/4116> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.4116>

Voléry I., Legrand M. (2012), « L'autonomie au grand-âge : corporéisation du vieillissement et distinctions de sexe », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 15 novembre 2012, consulté le 03 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/4128> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.4128>

Louie L.L., Chan W.-C., Cheng C.P. (2021), « Suicidal Risk in Older Patients with Depression During COVID-19 Pandemic: a Case-Control Study », *East Asian Archives of Psychiatry*, 31, 1, pp. 3-8.

Marsh I. (2010), *Suicide: Foucault, History and Truth*, Cambridge, Cambridge University Press.

Mathieu N-C. (1991), *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris, côté-femmes.

Membrado M. (2013), « Le genre et le vieillissement : regard sur la littérature », *Recherches féministes*, 26, 2, pp. 5-24.

Menecier P., Menecier-Ossia L., Ploton L. (2021), « Syndrome de glissement. Lutter contre ? Ou accompagner la fin de vie ? », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 21, 126, pp. 413-418.

Mengin A., Allé M.C., Rolling J., Ligier F., Schroder C., Lalanne L., Berna F., Jardri R., Vaiva G., Geoffroy P.A., Brunault P., Thibaut F., Chevance A., Giersch A. (2020), « Conséquences psychopathologiques du confinement », *L'Encéphale*, 46, 3, pp. S43-S52.

Viriot Durandal J-Ph., Moulaert T. (2014), « Le « vieillissement actif » comme référentiel international d'action publique : acteurs et contraintes », *Socio-logos* [En ligne], 9 | 2014, mis en ligne le 03 mars 2014, consulté le 03 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2814> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2814Na> et al. 2020

Nirello L. (2020), « Suicide des personnes âgées », dans Observatoire National du Suicide (dir.), *Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*, Paris, pp. 215-227.

Pisu F. (2018), *Des tentatives de suicide à leur prise en charge à l'hôpital : une sociologie des urgences*, Thèse de doctorat de sociologie sous la direction de Philippe Le Moigne, Sorbonne Paris Cité.

Rimbert G. (2006), « « Taisez-vous, vieille folle ! » : L'auto-contrôle des émotions en maison de retraite », *Face à face*, 9.

Rimke H. (2016), « Introduction – Mental and Emotional Distress as a Social Justice Issue: Beyond Psychocentrism », *Studies in Social Justice*, 10, pp. 4-17.

- Rouleau I. (2020), « Confinement des aînés : protection ou âgisme ? », *Revue de neuropsychologie*, 12, 2, p. 164-165.
- Szücs A., Szanto K., Wright A.G.C., Dombrovski A.Y. (2020), « Personality of late- and early-onset elderly suicide attempters », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 4, pp. 384-395.
- Sheffler J.L., Joiner T.E., Sachs-Ericsson N.J. (2021), « The Interpersonal and Psychological Impacts of COVID-19 on Risk for Late-Life Suicide », dans Meeks S. (dir.), *The Gerontologist*, 61, 1, pp. 23-29.
- Simmel G. (2011), *Les pauvres*, traduit par Chokrane B., Paris, Presses Universitaires de France.
- Sirvain S., Monfort J.-C. (2022), « Le « syndrome de glissement », du mésusage à la recherche de causes réversibles : entre mythe et réalité », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 22, 130, pp. 231-236.
- Skeggs B. (2015), *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*, trad. Pouly Marie-Pierre, Paris, Agone.
- Stocker D.D., Schläpfer D., Németh P., Jäggi J., Liechti L., Künzi K. (2020), *L'influence de la pandémie de COVID-19 sur la santé psychique de la population et sur les soins psychiatriques et psychothérapie*, 1, Berne, Office fédéral de la santé publique.
- Taïeb E. (2007), « Avant-propos : du biopouvoir au thanatopouvoir », *Quaderni*, n°62, pp. 5-15.
- Voléry I. (2021), « Les âges fragiles : contextes de production, usages et circulations de la catégorie de « failure-to-thrive » dans la littérature pédiatrique et gériatrique », *Congrès de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française*, Jul 2021, En ligne, France. ([hal-03615760](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03615760)).
- Lancelevée C, Vozari, A. (2023), « Le genre de la dépression : perspectives de recherches sociologiques », *Rhizome*, 85, pp. 11-12. <https://doi.org/10.3917/rhiz.085.0011>
- Wand A.P.F., Peisah C. (2020), « COVID-19 and suicide in older adults », *Medical Journal of Australia*, 213, 7, p. 335.
- Wand A.P.F., Zhong B.-L., Chiu H.F.K., Draper B., De Leo D. (2020), « COVID-19: the implications for suicide in older adults », *International Psychogeriatrics*, 32, 10, pp. 1225-1230.
- Wand A., Verbeek H., Hanon C., Mendonça Lima C.A. de, Rabheru K., Peisah C. (2021), « Is Suicide the End Point of Ageism and Human Rights Violations? », *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 10, pp. 1047-1052.
- Wieder C. (2020), « Le syndrome de Glissement », *Topique*, 150, 3, pp. 85-96.
- Zalsman G., Stanley B., Szanto K., Clarke D.E., Carli V., Mehlum L. (2020), « Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations », *Archives of Suicide Research*, 24, 4, pp. 477-482.