



Conférence

COMPLEXITÉ DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

JEUDI 16 OCTOBRE 2025 - DE 14H00 À 17H00

INTERVENANTS



Première table-ronde

- Frédéric Balard : Maître de conférence en sociologie, Université de Lorraine ;
- Maud Benetti : Médecin coordinatrice du dispositif Vigilans, outil de prévention de l'acte suicidaire, CHU Dijon ;
- Eddy Ponavoy : Psychiatre, CHU Dijon , Centre Ressource Régional Psychiatrie Sujet Agé.



Deuxième table-ronde

- Magalie Bonnet : Psychologue clinicienne, docteur en psychologie clinique, Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie du vieillissement, Université Marie & Louis Pasteur ;
- Astrid Murat : Psychiatre, Unité de gérontopsychiatrie, Centre Hospitalier La Chartreuse, Dijon ;
- Imad Sfeir, Gériatre, Président du Réseau Reseda BFC, Directeur Médical et Innovation en santé , Vyy3 Bourgogne.



Animation

- Isabelle Martin : Gériatre, Présidente du Conseil d'orientation, Espace de Réflexion Éthique Bourgogne - Franche-Comté.

CONTEXTE : UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ENCORE INVISIBLE

Cette conférence organisée par l'Espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté a proposé un éclairage concernant la souffrance psychique des personnes âgées, une réalité encore largement invisible et souvent considérée à tort comme l'un des simples aléas du vieillissement.

Les différents intervenants ont permis de dessiner une compréhension fine de la souffrance psychique de la personne âgée constituée de vulnérabilité, de solitude, de perte de sens et de fragilité accumulée. Vieillir n'est jamais un processus purement biologique : c'est une transformation identitaire profonde. Les personnes âgées perdent progressivement leurs rôles sociaux, leurs repères et parfois leurs proches, leur autonomie ou le sentiment d'être utiles. Ces changements successifs créent une sédimentation de pertes et de renoncements. La souffrance s'exprime alors de manière détournée, par un repli silencieux, des plaintes somatiques, une fatigue morale ou une lassitude diffuse. Tout cela est trop souvent attribué à l'âge et non reconnu comme l'expression d'une véritable détresse psychique.

PREMIÈRE TABLE-RONDE : LA DÉPRESSION DU SUJET ÂGÉ : DES FACTEURS DE RISQUE AU RISQUE SUICIDAIRE

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

L'espérance de vie a fortement augmenté au cours des deux derniers siècles, en particulier depuis les années 1980, avec un nombre croissant de personnes très âgées, notamment les baby-boomers atteignant aujourd'hui 65 ans et plus. Cette longévité s'accompagne d'une hausse des taux de suicide avec l'âge, particulièrement chez les hommes très âgés. La particularité tient au fait que les personnes âgées réalisent relativement peu de tentatives, mais celles-ci sont beaucoup plus souvent létales, reflet, d'une plus grande détermination, d'un isolement plus marqué et d'une moindre intervention extérieure. Pourtant, dans l'ensemble des causes de décès après soixante-quinze ans, le suicide ne représente qu'une très faible proportion, ce qui contribue à son invisibilisation. Le taux de suicide national est d'environ treize pour cent mille habitants, mais il s'élève à trente chez les plus de soixante-quinze ans. Les femmes de cette classe d'âge se situent autour de dix pour cent mille, tandis que les hommes atteignent cinquante, puis soixante-dix-sept entre quatre-vingt-cinq et quatre-vingt-quatorze ans, et jusqu'à quatre-vingt-dix à partir de quatre-vingt-quinze ans.

Les facteurs associés au suicide incluent la dépression, souvent sous-diagnostiquée mais aussi, les troubles mentaux et les conditions sociales ou familiales complexes. Il est à noter que la distinction entre isolement et solitude est centrale : une personne peut être entourée mais se sentir profondément seule.

Les recherches sociologiques distinguent plusieurs trajectoires qui mènent au passage à l'acte selon le genre. Les hommes montrent des suicides "bifurcatifs, déclenchés par un événement qui rompt l'équilibre psychique : une chute, une hospitalisation, la mort du conjoint, l'entrée en institution, un diagnostic grave, ou encore la perte soudaine d'un rôle social structurant comme l'arrêt de la conduite automobile. Ce type de rupture révèle une fragilité préexistante.

Il existe également des parcours marqués par une sédimentation lente, plus fréquents chez les femmes, où la personne endure pendant des années une succession de deuils, de frustrations, de microtraumatismes et de renoncements qui finissent par épuiser les ressources psychiques. D'autres formes restent très peu visibles : certains sujets se retirent progressivement de la vie sociale, réduisent leurs interactions, cessent implicitement de s'alimenter ou de prendre leurs traitements, et se laissent glisser vers un effacement silencieux. Dans l'ensemble, le suicide des personnes âgées est rarement impulsif ; il s'inscrit plutôt dans un processus long où la désaffiliation, la réduction de l'horizon et l'épuisement psychique s'installent progressivement.

Enfin, il existe une complexité des interprétations : la parole des proches permet de comprendre certaines trajectoires mais ne rend pas compte de la totalité des motivations. La distinction entre empêchement et prévention du suicide, et entre parler de la mort et vouloir mourir, est essentielle pour éviter des conclusions trop simplistes. Les suicides chez les personnes âgées résultent donc d'une interaction entre longévité, fragilité physique et psychique, solitude subjective, parcours de vie et contexte social, sans pouvoir réduire le phénomène à un seul facteur explicatif.

COMPRENDRE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU GRAND ÂGE

La souffrance psychique est une réalité complexe, profondément humaine et universelle. Elle accompagne toute la vie, se manifestant notamment lors des crises existentielles à différents âges, de l'adolescence au grand âge. Chez les personnes âgées, cette souffrance résulte souvent de multiples pertes, qu'elles soient physiques, sociales ou symboliques, comme la diminution de la santé, de l'autonomie, la perte de proches, de rôles sociaux ou encore de projets de vie.

Ces pertes successives provoquent une souffrance légitime, qui fait partie du chemin de vie et ne doit pas être considérée systématiquement comme une pathologie. Reconnaître cette souffrance, l'entendre et la prendre en compte constitue déjà un acte de soin, permettant à la personne âgée de retrouver sa place de sujet vivant dans la société.

Cependant, cette souffrance peut parfois s'installer et devenir pathologique, notamment sous la forme de dépressions ou de troubles anxieux. Chez les personnes âgées, ces troubles se présentent souvent de manière atypique, avec des symptômes masqués ou détournés par des manifestations corporelles, des plaintes cognitives ou des modifications comportementales telles que l'irritabilité, la méfiance ou la fragilisation du rapport à la réalité. Ces formes inhabituelles rendent le diagnostic difficile et favorisent le sous-diagnostic, privant les patients de traitements efficaces. La dépression et l'isolement constituent également les principaux facteurs de risque de suicide, soulignant l'importance d'une vigilance et d'une prévention adaptées.

L'anxiété chez la personne âgée est tout aussi fréquente et souvent méconnue. Elle se traduit par des peurs variées – de tomber, de rester seul, de mourir – et s'exprime fréquemment par des symptômes physiques invalidants. Cette dimension anxieuse souligne l'importance d'une écoute attentive et d'une attention particulière, que ce soit de la part des soignants ou de l'entourage, afin de repérer ces souffrances parfois occultes.

La prise en charge de la souffrance psychique chez la personne âgée doit être globale et intégrative. Elle combine l'écoute et la reconnaissance, le soutien psychologique, l'adaptation de l'environnement social et familial, ainsi que la possibilité d'un traitement médicamenteux lorsque nécessaire. Les antidépresseurs sont souvent sous-utilisés, tandis que les anxiolytiques ou les antipsychotiques peuvent être surprescrits ; il est donc essentiel de savoir adapter les traitements aux particularités du grand âge pour éviter les pertes de chance thérapeutique.

Par ailleurs, de nombreux obstacles à l'accès aux soins existent, liés à la méconnaissance, à la stigmatisation et aux freins cognitifs propres à certaines générations. Les personnes âgées peuvent hésiter à consulter un psychiatre ou un psychologue par crainte d'être perçues comme « folles », ce qui complique la demande de soin. Ces difficultés sont accentuées par des inégalités territoriales, où l'accès à des spécialistes est limité, et par la complexité des comorbidités entre troubles cognitifs et troubles psychiques. Une approche coordonnée et multidisciplinaire, impliquant médecins généralistes, gériatres et psychiatres, est donc indispensable pour proposer un accompagnement adapté et individualisé.

En somme, la souffrance psychique du sujet âgé est à la fois légitime et complexe, oscillant entre vécus normaux de perte et situations pathologiques. La reconnaissance, l'écoute bienveillante, la continuité du lien et, si nécessaire, la prise en charge médicale et psychologique sont les clés pour soulager cette souffrance, prévenir les complications graves, et offrir aux personnes âgées un soin respectueux et adapté à leur situation.

LA CRISE SUICIDAIRE : UN MOMENT DE RUPTURE

La prévention du suicide repose sur la compréhension de la crise suicidaire comme un moment dynamique et complexe où les facteurs de stress dépassent les capacités d'adaptation d'une personne. Les données épidémiologiques et sociologiques sont utiles pour identifier les facteurs de risque à l'échelle des populations, mais elles ne permettent pas de prédire précisément le comportement d'un individu. La crise suicidaire se caractérise par un déséquilibre intense, où la personne ne parvient plus à faire face seule et peut envisager le suicide non pas tant pour mourir, mais pour mettre fin à une souffrance insupportable.

L'approche efficace consiste à rencontrer la personne, à écouter sa souffrance sans jugement, et à l'accompagner dans ses besoins immédiats, tout en mobilisant un réseau de soutien professionnel et familial.

Il ne s'agit pas de résoudre instantanément la dépression ou d'éliminer tous les facteurs de stress, mais de traverser la crise étape par étape, en offrant des appuis sécurisants et en rétablissant des liens significatifs.

Cette démarche repose sur ce que l'on appelle la « clinique de l'incertitude », qui accepte les limites de l'intervention, le rôle du hasard et la complexité individuelle. La clinique du grand âge impose d'accepter une certaine incertitude. Accompagner une personne âgée en souffrance psychique signifie renoncer à une compréhension totale, admettre que certaines zones restent obscures et que le sujet lui-même peine parfois à formuler ce qu'il ressent. C'est une clinique faite de présence, de patience, d'écoute d'une parole parfois hésitante, parfois silencieuse. Elle nécessite d'accueillir l'ambivalence, car beaucoup de personnes âgées expriment à la fois un désir de vivre et un désir de mourir. Elle implique également d'affronter la honte ou la culpabilité liées à la dépendance, aux regrets et aux blessures anciennes qui resurgissent avec l'âge. Le soin devient alors un espace relationnel plus qu'un protocole.

Chez les personnes âgées, cette approche doit tenir compte des difficultés spécifiques de communication, des troubles cognitifs et des facteurs générationnels qui rendent l'expression de la souffrance plus difficile. La prévention ne peut jamais garantir l'évitement total du suicide, mais elle réduit les pertes de chance en offrant écoute, accompagnement et relais adaptés. Les dispositifs de prévention, qu'ils soient téléphoniques ou locaux, ont montré leur efficacité pour mobiliser le lien social et protéger la personne au moment critique. Enfin, la prévention soulève des questions éthiques importantes, notamment le respect de l'autonomie et la distinction entre prévenir et empêcher, qui sont particulièrement sensibles chez les personnes âgées confrontées à des souffrances prolongées ou existentielles.

La crise suicidaire est un moment de déséquilibre où la personne perçoit sa souffrance comme insupportable et ne voit plus d'issue. Il ne s'agit pas d'un désir stable de mourir, mais d'une tentative de mettre fin à une tension intérieure jugée intolérable.

La crise est à la fois aiguë, temporaire et potentiellement réversible. Elle apparaît après un long processus de fragilisation, mais son intensité peut être très brève. C'est précisément dans ce moment court que l'intervention humaine peut transformer la trajectoire. Un mot, une présence, une rencontre ou un geste peuvent suffire à réintroduire un espace d'hésitation, donc de vie.

LE TRAVAIL EN RÉSEAU : UNE CONDITION INDISPENSABLE

La prévention du suicide chez les personnes âgées exige un maillage solide. Aucun professionnel ne peut y répondre seul. La continuité d'attention et de soutien repose sur la coopération des médecins généralistes, des psychiatres, des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux, des aides à domicile, des associations, des bénévoles et de tous les acteurs de proximité. Ce travail commun permet d'éviter les ruptures, de repérer les signaux faibles, de maintenir un lien autour de la personne et de rendre le soin plus accessible. Les dispositifs dédiés, comme les lignes d'écoute spécialisées, jouent un rôle essentiel pour créer cet espace de continuité.

DEUXIÈME TABLE-RONDE : LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ASSOCIÉE AUX MALADIES NEURO-ÉVOLUTIVES DES PERSONNES ÂGÉES ET DE LEURS AIDANTS

TÉMOIGNAGE : PAROLES DE DÉTRESSE ET D'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT

Cette seconde table-ronde s'est ouverte avec le témoignage de Jean-Claude 81 ans qui a partagé son expérience d'accompagnement de son épouse atteinte d'Alzheimer après 52 ans de mariage. Le diagnostic, donné sans étayage psychologique par le neurologue en 2018, a été un choc immense, provoquant incompréhension, peur et désespoir, renforcé par l'absence de solutions immédiates et l'incertitude sur l'avenir.

Au fil de la progression de la maladie, son épouse a développé des troubles du comportement et cognitifs sévères, nécessitant une attention constante et engendrant une souffrance psychique profonde pour Jean-Claude, qui a senti sa force et son espoir s'effondrer. Après plusieurs séjours temporaires et une prise en charge professionnelle en établissement, son épouse est décédée en juillet 2024, laissant un sentiment de perte intense.

Aujourd'hui, Jean-Claude s'est engagé au sein de France Alzheimer pour soutenir d'autres familles, partageant son vécu pour aider à surmonter la souffrance psychique et l'isolement liés à cette maladie. Son récit souligne l'importance d'un accompagnement humain, bienveillant et coordonné, ainsi que le rôle crucial du médecin traitant et des associations dans le parcours des malades et de leurs proches.

Son témoignage a illustré de manière paradigmatique le parcours des personnes confrontées à la maladie, parcours qui peut être extrêmement long, incluant une période avant le diagnostic marquée par l'inquiétude et la tension.

LES MALADIES NEURO-ÉVOLUTIVES

Les maladies neuro-évolutives peuvent débuter par des troubles cognitifs classiques, comme des pertes de mémoire ou de épisodes de désorientation, mais elles se manifestent aussi par des changements de comportement plus subtils, tels que dépression, irritabilité, perte d'intérêt ou modifications de la personnalité. Ces symptômes variés compliquent le diagnostic, souvent lent, et peuvent être confondus avec des troubles psychiatriques, ce qui rend le rôle de l'entourage et des professionnels crucial.

La réaction des patients à l'annonce du diagnostic peut varier : certains sont dans le déni ou la méconnaissance de leurs troubles, d'autres prennent conscience progressivement, ce qui peut provoquer dépression, anxiété, colère ou marchandage face à la maladie. La peur principale exprimée par les patients concerne l'avenir, la dépendance et l'impact sur leurs proches, notamment sur le conjoint et la famille.

À mesure que la maladie progresse, les troubles cognitifs et comportementaux s'intensifient, l'agitation et l'agressivité peuvent apparaître, tandis que la conscience de la situation diminue, atténuant la dépression initiale mais générant d'autres formes de souffrance. L'accompagnement bienveillant et présent de l'entourage et des professionnels est essentiel pour soutenir le patient et le couple tout au long de ce parcours difficile.

L'ANNONCE DIAGNOSTIQUE

L'expérience d'une aidante présente dans la salle a mis en lumière la complexité de l'annonce d'un diagnostic de maladie neurodégénérative. Même entourée et soutenue par ses proches et des professionnels de santé, elle a exprimé des doutes sur l'utilité de connaître le diagnostic pour le patient lui-même, craignant que cela ne suscite anxiété et représentations négatives. L'annonce doit rester médicale et adaptée à la capacité du patient à entendre et comprendre l'information, sans imposer le nom de la maladie si celui-ci n'est pas pertinent ou compréhensible. Connaître le diagnostic, même en l'absence de traitement curatif, permet d'organiser un accompagnement structuré, de mettre en place des aides à domicile et des formations pour les aidants, et de préparer psychologiquement le patient et son entourage. Cela inclut la compréhension des troubles comportementaux, de la mémoire et de l'évolution spécifique de chaque type de maladie neuro-évolutive, Alzheimer représentant environ 80 % des cas, mais avec d'autres formes nécessitant des réponses différentes.

L'annonce précoce peut aussi permettre de discuter de directives anticipées, bien que le moment idéal pour le faire soit difficile à déterminer, et que chaque patient réagisse de manière très personnelle à l'information. En somme, l'enjeu central est de trouver un équilibre entre informer suffisamment pour permettre un accompagnement adapté, tout en respectant le rythme, la compréhension et le ressenti du patient et de sa famille. L'annonce doit être personnalisée, accompagnée de soutien et de ressources concrètes, et flexible selon la capacité de chacun à recevoir et digérer cette information.

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES AIDANTS

La souffrance des aidants et des proches se manifeste principalement par trois émotions : la solitude, la culpabilité et la colère, liées à l'incompréhension, au poids du secret et à l'isolement. Le diagnostic représente un moment particulièrement violent, souvent perçu comme un « tremblement de terre », car il annonce une maladie sans traitement et impose aux familles de gérer l'information de manière délicate. Cette étape renforce la solitude et la détresse psychique, et le médecin généraliste devient un pivot essentiel dans l'accompagnement au long cours.

L'évolution de la maladie implique un double processus de souffrance : celui du patient et celui de l'aidant, qui doit renoncer à l'image passée de son proche et naviguer dans l'ambivalence des sentiments. Les enfants et conjoints peuvent éprouver une tension constante entre l'investissement auprès du malade et leurs propres besoins, confrontés à des émotions contradictoires, allant de l'amour à la colère ou au ressentiment. Cette situation s'inscrit dans une histoire relationnelle complexe, parfois exacerbée par les dynamiques familiales et les questions d'héritage.

L'aidant doit développer une sécurité interne et accepter la séparation progressive avec son proche, que ce soit par des ajustements dans la vie quotidienne, le partage du lit ou l'entrée en établissement. Ces étapes, bien que douloureuses, peuvent également révéler des liens d'interdépendance et donner lieu à de nouvelles formes de tendresse et de relations enrichissantes. Malgré la souffrance, la maladie peut parfois engendrer des moments de liens et d'affection renouvelés.

Il semble alors nécessaire qu'il y ait des dispositifs adaptés pour soutenir les aidants, y compris après le décès du proche.

LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES EN EHPAD

Les EHPADs accueillent de plus en plus de patients présentant des troubles psychiatriques chroniques, souvent résistants aux traitements et ayant des parcours hospitaliers longs et répétés. Ces patients, parfois plus jeunes que la population habituelle des établissements, souffrent d'une double stigmatisation : celle liée à l'âge et celle liée à la maladie psychiatrique. Leur intégration dans des structures classiques est souvent difficile, car les chambres ne peuvent être personnalisées, le suivi psychique est limité et les routines collectives ne répondent pas toujours à leurs besoins spécifiques. Ces résidents présentent des troubles variés tels que l'agitation, l'angoisse ou un délire, connaissent fréquemment des ruptures de soins et de traitement, et peuvent être confrontés à des addictions ou à l'isolement social.

Pour répondre à ces besoins, certaines unités intermédiaires ont été mises en place, permettant d'accueillir ces patients au sein d'EHPAD classiques tout en assurant un accompagnement psychiatrique renforcé. L'insertion réussie repose sur la présence de personnel spécialisé, tel qu'une infirmière coordinatrice et des psychiatres intervenant régulièrement, ainsi que sur la formation continue des équipes pour désamorcer la peur et favoriser le dialogue. Ces aménagements visent à maintenir l'autonomie des résidents, à respecter leurs habitudes et à préserver les liens sociaux et familiaux. L'accès rapide à la psychiatrie en situation de crise, la stabilité des équipes et l'adaptation des structures aux besoins spécifiques des patients sont essentiels pour assurer leur bien-être.

Ainsi, bien que l'accueil des patients psychiatriques en EHPAD présente des défis importants, il reste possible et souhaitable, à condition de créer des conditions adaptées qui favorisent l'inclusion, limitent l'isolement et permettent à ces personnes de vivre dans un cadre à la fois sécurisé et respectueux de leur identité.

CONCLUSION GENERALE

La souffrance psychique du grand âge interroge profondément notre société. La prévention du suicide n'est pas un ensemble de techniques, mais un engagement humain, une manière d'être présent à l'autre. Elle repose sur la reconnaissance de la souffrance, sur une écoute authentique, sur la coopération des acteurs et sur la volonté de restaurer la dignité des personnes vulnérables. Vieillir ne devrait jamais signifier disparaître du regard des autres. Prévenir le suicide, ce n'est pas priver quelqu'un de sa liberté ; c'est parfois lui rendre la possibilité d'espérer. La question éthique qui traverse toutes ces réflexions est celle de la frontière entre prévention, respect de l'autonomie et dignité. *Comment intervenir sans infantiliser ? Comment discerner ce qui relève d'une souffrance psychique soignable et ce qui relève d'une souffrance existentielle extrême ?* Les intervenants défendent une position nuancée : prévenir ne signifie pas imposer la vie, mais reconnaître la douleur du sujet, lui offrir des soins adaptés, restaurer ses capacités de choix et ouvrir à nouveau un espace où le désir de vivre peut réapparaître. L'objectif est de redonner à la personne âgée un accès possible à sa propre liberté, plutôt que de décider à sa place.



BIBLIOGRAPHIE

Rialle, V. (2019). Avis n° 128 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) sur les «Enjeux éthiques du vieillissement». *Droit, Santé et Société*, 1(1), 28-30.

Institut national de santé publique du québec. Le suicide chez les personnes âgées, un enjeu de santé publique à surveiller, 2025. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/nouvelles/suicide-chez-les-personnes-ainees>

Psycom. Santé mentale et vieillissement, 2024. Disponible sur : https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2024/04/PSYCOM_Brochures-A5_SM_Vieillessement_2025_WEB.pdf

Maugan (ME), « Doc'éthique : Les aidants », Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté, 2025. Disponible sur : <https://www.erebfc.fr/travaux/doc-ethique-les-aidants/>



RETROUVEZ NOS WEBINAIRES RELATIFS À LA SANTÉ MENTALE

Sur notre chaine Youtube : <https://youtu.be/C1A-AKCojMY>

