

OUI À LA VIE, MAIS PLUS COMME ÇA!

La prévention du suicide chez les personnes âgées

N° d'agrément SANTE-101/14

Avec l'aimable autorisation du groupe de travail Alte Menschen et du programme national de prévention du suicide en Allemagne, certains contenus de la brochure « Wenn das Altwerden zur Last wird – Suizidprävention im Alter », publiée avec le soutien du ministère allemand de la Famille, des Seniors, des Femmes et de la Jeunesse, ont été repris ou revus en partie et adaptés à la situation et à la politique d'assistance du Luxembourg.

Les rédactrices et rédacteurs de l'édition luxembourgeoise sont membres d'un groupe de travail* qui se consacre à la prévention du suicide des personnes âgées dans le cadre du plan national de prévention du suicide au Luxembourg et contribue à l'amélioration de la prise en charge.

Responsables de la publication :

Dr Martine Hoffmann et Vibeke Walter (Center fir Altersfroen)

*

Center fir Altersfroen : Dr Martine Hoffmann et Vibeke Walter

D'Ligue – Service Information et Prévention : Sacha Bachim

Servior : Xavier Thiéry et Nadine Erpelding

Commune d'Hesperange : Romain Juncker

AVANT-PROPOS	5
1. INTRODUCTION	7
2. LA SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES	11
3. LES SIGNES AVANT-COUREURS DU RISQUE SUICIDAIRE	15
3.1. NAISSANCE DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES	16
3.2. HUMILIATIONS ET CRISES	17
3.3. LES MALADIES MENTALES DES PERSONNES ÂGÉES	19
3.4. LES EXPÉRIENCES DE PERTE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES	23
4. PRÉVENTION DU SUICIDE ET AIDE EN CAS DE CRISE	29
4.1. SE PRÉPARER À VIEILLIR	29
4.2. PARLER AVEC LES PERSONNES ÂGÉES SUICIDAIRES	32
4.3. LES AIDES EN CAS DE CRISE	34
5. POINTS DE REPÈRE POUR LA FIN DE VIE	37
5.1. DISPOSITIONS LÉGALES	37
5.2. AIDES POUR LES PERSONNES ENDEUILLÉES	40
PISTE DE RÉFLEXION ET ASPECTS ESSENTIELS	44
6. ADRESSES	45

AVANT-PROPOS

Aider les personnes suicidaires, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes âgées et isolées, est une tâche difficile. Le suicide des personnes âgées est encore un sujet tabou sur lequel on ne doit pourtant pas fermer les yeux. Dans une démarche d'aide, le premier pas est souvent le plus difficile, mais aussi le plus décisif. L'identification du risque et la prévention jouent ici un rôle central.

La brochure « Oui à la vie, mais plus comme ça ! » a été réalisée dans le cadre du premier Plan National de Prévention du Suicide 2015 – 2019. Le plan quinquennal prévoit un total de 33 actions de prévention du suicide qui visent à combattre les causes et les conséquences du suicide et à réduire le nombre de tentatives de suicide.

Un quart des suicides sont le fait de personnes âgées de plus de 65 ans. De plus, dans la population générale, il y a 20 fois plus de tentatives de suicide que de suicides. Il ne s'agit donc pas d'un problème isolé lié à l'âge, mais d'un problème de santé publique. La prévention du suicide est une question qui touche l'ensemble de la société. Pour le Ministère de la Santé, la prévention du suicide chez les personnes âgées est une composante importante de ses efforts en matière de politique de santé visant à maintenir la meilleure santé et la meilleure qualité de vie possible pour tous.

La prévention du suicide chez et pour les personnes âgées doit commencer très tôt avec une préparation consciente et raisonnable au vieillissement.

Le maintien des relations sociales en est un aspect important. Une des priorités du Ministère de la Santé est de prévenir l'isolement des personnes âgées. Différentes aides ciblent la lutte contre la solitude chez les personnes âgées : des points de contact tels que le Seniorentelefon et les activités des Clubs Seniors, mais aussi des prestataires de services subventionnés par l'État comme le RBS – Center fir Altersfroen ainsi que du matériel d'information sur les prestations destinées aux personnes âgées.

La prévention du suicide va encore plus loin : la présente brochure est entièrement consacrée à ce sujet. Elle a pour but d'informer et de sensibiliser les personnes concernées, l'entourage, les professionnels et tous les bénévoles qui accompagnent des personnes âgées. La liste des adresses utiles aide à trouver de l'aide et encourage à faire le premier pas et à obtenir de l'aide, sachant que nul n'est contraint de rester seul.

Nous remercions le groupe de travail du Plan National de Prévention du Suicide, le Service Information et Prévention de la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale et le service RBS – Center fir Altersfroen pour l'élaboration de la brochure « Oui à la vie, mais plus comme ça ! ». Avec cette brochure, ils contribuent à une approche plus ouverte de la question du suicide des personnes âgées et offrent aux personnes concernées et à leur entourage un soutien précieux.



Étienne SCHNEIDER

Vice-Premier ministre
Ministre de la Santé



Corinne CAHEN

Ministre de la Famille et
de l'Intégration



Les maladies de l'âme
peuvent attirer la mort
et mener au suicide .

GEORG CHRISTOPH LICHTENBERG (1742 – 1799)

1. INTRODUCTION

Personne n'aime en parler. Le suicide est une triste cause de décès, souvent peu visible et pourtant fréquente chez les personnes âgées. Parmi les 60 à 70 suicides enregistrés chaque année au Luxembourg, les personnes de plus de 75 ans présentent le risque le plus élevé. Chez les personnes âgées, le nombre de suicides est même trois à quatre fois plus important que chez les moins de 25 ans. Bien entendu, ces chiffres reflètent uniquement les suicides enregistrés comme tels. Les personnes les plus fragiles sont celles qui sont isolées socialement et qui se sentent très seules, selon leurs propres dires. Parmi elles, on trouve vraisemblablement – en présence d'autres troubles – les personnes âgées suicidaires.

Il s'agit souvent d'une mort silencieuse, dont les autres s'aperçoivent à peine. Derrière l'intention de se tuer et la décision de se suicider se cache souvent une vie dont les contours semblent rétrécis et sans issue. Les problèmes sont vécus comme insolubles. Leur amoncellement aboutit à une crise profonde amorcée depuis longtemps ou déclenchée par des événements difficiles récents. L'espoir de changement s'amenuise. Une baisse importante de la qualité de vie – conséquence, par exemple, d'une maladie physique ou psychique, d'une expérience de perte et de l'isolement social – que les personnes concernées ne peuvent ou ne veulent plus supporter, peut aussi déclencher un passage à l'acte.

Chez les personnes âgées, un geste suicidaire n'est pas toujours perçu comme tel – souvent en raison d'une image négative de la vieillesse qui considère le grand âge avant tout comme un fardeau. D'une part, les gestes suicidaires des personnes âgées semblent souvent moins compris comme des appels au secours qu'un dernier acte dans une situation apparemment désespérée. D'autre part, se suicider à la fin d'une vie « épuisée » paraît plus acceptable que le suicide de personnes jeunes dont la vie peut encore évoluer favorablement.

Les stratégies de prévention doivent donc être multidimensionnelles et adopter différentes perspectives. Ainsi, au Luxembourg, différents acteurs mettent déjà en œuvre des initiatives qui mettent particulièrement l'accent sur les besoins des

personnes âgées et visent à améliorer leur qualité de vie et leur participation à la société. Dans le cadre du plan national de prévention du suicide, un groupe de travail a donc été créé en 2018 pour contribuer, par des projets et des mesures ciblées à l'échelle individuelle, institutionnelle, communale et sociale, à l'amélioration de la santé mentale et à la prévention du suicide des personnes âgées. Outre l'organisation d'ateliers pratiques, de conférences publiques et d'interventions liées à des projets, il a également élaboré la présente brochure d'information.

Au-delà de la sensibilisation à la prévention du suicide chez les personnes âgées, son objectif est de présenter à la fois des propositions et des outils d'aide concrets pour les personnes concernées et leurs proches et des informations visant à optimiser les stratégies de prévention pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées par les professionnels. Il faut inciter les personnes à réfléchir à une vie qui ait du sens et à se pencher sur les questions existentielles de la fin de vie. La prévention du suicide chez les personnes âgées et pour les personnes âgées commence très tôt. Au fond, elle implique une préparation consciente à la vieillesse.

Cette brochure est divisée en plusieurs thèmes. Elle commence par aborder les modifications liées à l'âge et leurs éventuelles conséquences sur la vie des personnes concernées. Elle présente ensuite comment apparaissent les tendances suicidaires chez les personnes âgées et comment elles s'expriment dans les sentiments et le comportement. Puis elle aborde les possibilités concrètes de prévention et de gestion des crises. Vous trouverez à la fin de la brochure des points de repère permettant d'organiser la dernière partie de la vie.

Cette brochure d'information s'adresse :

- aux personnes qui se sentent concernées par les questions du suicide et de la prévention du suicide et qui veulent s'informer.
- aux personnes qui pensent au suicide ou traversent une crise existentielle.
- aux proches et aux autres personnes de confiance qui connaissent des personnes âgées suicidaires dans leur entourage.
- aux personnes qui travaillent auprès de personnes âgées ou les côtoient à titre bénévole, ainsi qu'aux étudiants et futurs professionnels.

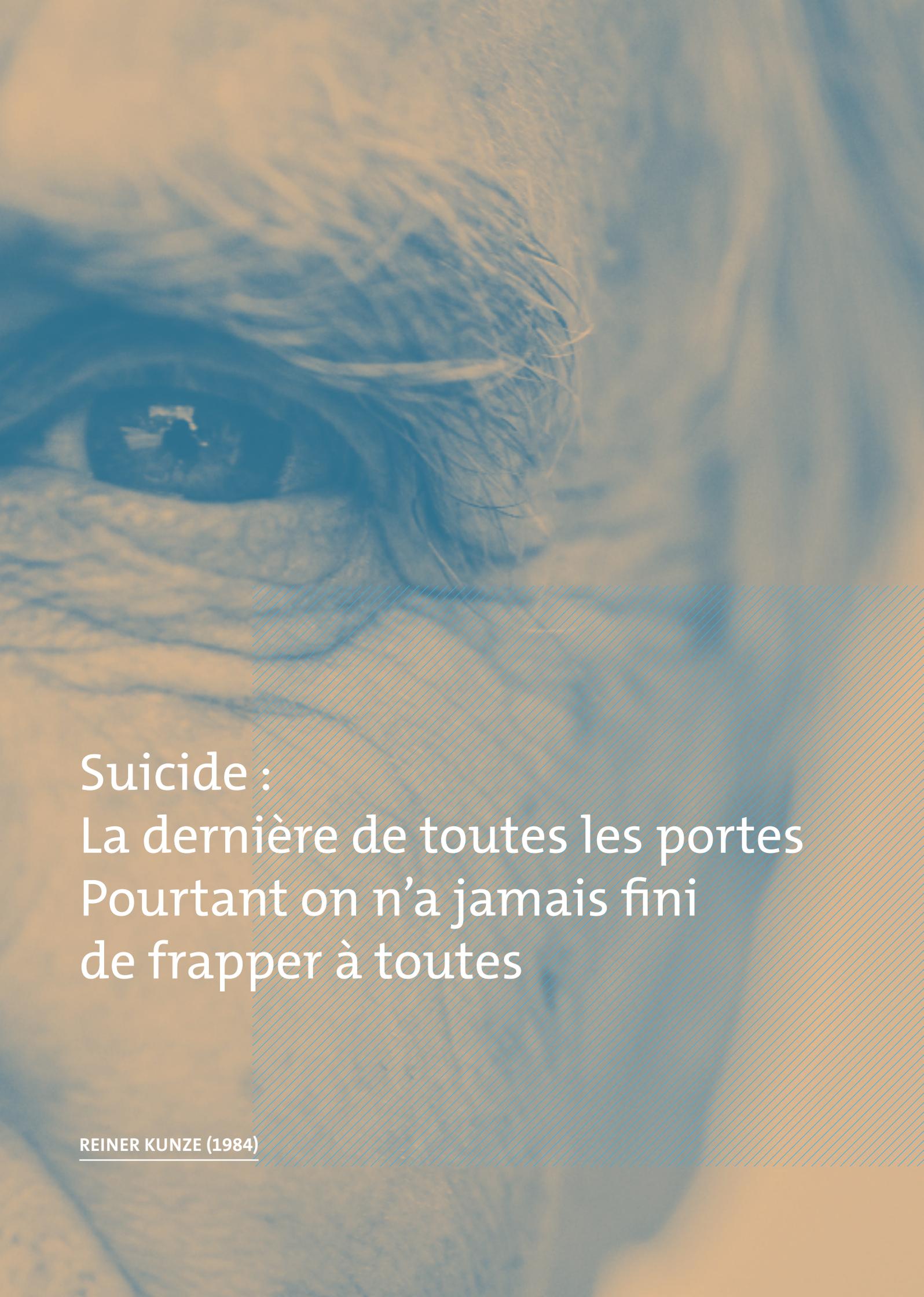
Trois questions primordiales se posent ici :

1. Comment reconnaître le risque suicidaire chez les personnes âgées ?

2. Comment le prévenir ?

3. Quelles sont les possibilités d'aide ?

La prévention du suicide est possible et nécessaire. Dans un de ses poèmes, Reiner Kunzer a exprimé avec beaucoup de sensibilité ce qu'elle peut entraîner.



Suicide :
La dernière de toutes les portes
Pourtant on n'a jamais fini
de frapper à toutes

REINER KUNZE (1984)

2. LA SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES

Il y a toujours eu des personnes âgées. Mais ce qui a changé au cours des dernières décennies, c'est qu'une grande partie de la population peut désormais atteindre le 4^e âge. Aujourd'hui, ce groupe est celui qui augmente le plus dans la population. Dans les pays industrialisés, les personnes s'approchent ainsi de plus en plus du vœu ancestral de vivre une longue vie. Dans le même temps, de nombreuses questions et peurs restent en suspens, car l'humanité n'a encore aucune expérience de cette nouvelle situation. La vieillesse apportera-t-elle de bonnes ou de mauvaises années ? Dans quel état de santé ? À quelles évolutions sociales les personnes âgées et la société dans son ensemble doivent-elles s'attendre ?

Les représentations du vieillissement sont encore aujourd'hui souvent négatives, même si elles ne sont plus exclusivement déficitaires. En effet, la vieillesse recèle encore un important potentiel de développement. L'image de la vieillesse est devenue plus « colorée ». On distingue plus clairement les possibilités de cette période et on les exploite. Toutefois, il est aussi vrai que la probabilité de tomber malade ou de devoir être pris en charge augmente, en particulier avec le grand âge.

Il faut alors se résoudre à accepter dans son autonomie de plus en plus de bouleversements qui peuvent mettre en danger et blesser l'estime de soi.

Le grand âge ne doit pourtant pas se résumer à la maladie et à la perte d'autonomie. Au contraire, le vieillissement est un processus qui évolue très différemment d'une personne à l'autre. Beaucoup de personnes âgées et très âgées vivent chez elles, peuvent mobiliser leurs propres ressources ou demander une aide externe en cas de besoin.

D'autres, en revanche, ne peuvent plus organiser leur vie de manière aussi autonome qu'elles le souhaiteraient. Les institutions (CIPA, MS,...) font beaucoup d'efforts pour favoriser l'autonomie en apportant une aide adéquate et personnalisée et lutter efficacement contre l'isolement social grâce à de nombreuses activités.

Comme dit l'adage : « Tout le monde veut vivre vieux, mais personne ne veut l'être ». Alors comment s'adapte-t-on, psychologiquement, au vieillissement ?

L'être humain dans sa zone de confort : les humains aiment leurs habitudes et les préserver en vieillissant. D'un autre côté, nous sommes confrontés, toute notre vie durant – et donc aussi lorsqu'on vieillit – à des modifications, à de nouvelles possibilités et tâches. Si les enfants et le travail ont nécessité jusqu'alors beaucoup de temps et d'énergie, il faut maintenant organiser cette liberté inédite. Mais qui dit nouvelle liberté dit nouveau travail : la journée devra être structurée différemment, il faudra élaborer une perspective pour le temps qui reste à vivre.

L'être humain, un « créateur » perpétuel : fixer des objectifs atteignables et planifier des projets contribuent à son bien-être. L'analyse des nouvelles conditions de vie doit conduire à exploiter de manière optimale les capacités et les possibilités de l'individu, à utiliser l'expérience acquise dans des fonctions antérieures et lors des crises surmontées.

L'acceptation du vieillissement et de la finitude de la vie est une étape (de développement) qui dure jusqu'au grand âge. Se développer pendant la vieillesse signifie également reconnaître que sa propre vie a changé.

La satisfaction n'est pas un état permanent : il faut sans cesse la réacquérir. Chaque individu possède sa propre histoire de vie et de souffrance et la gère d'une manière toute personnelle. Mais celui qui possède le plus de biens n'est en aucun cas le plus satisfait. Il existe, d'une part, des personnes qui ne manquent objectivement de rien et qui sont pourtant extrêmement malheureuses (« dilemme de l'insatisfaction ») et, d'autre part, des personnes qui vont visiblement mal et qui pourtant profitent de la vie (« paradoxe de la satisfaction »). Il n'y a pas de normes ni de règles pour vieillir de manière satisfaisante – la satisfaction est toujours dans les yeux de celui qui regarde. Le grand âge ne fait

pas exception : la situation personnelle et la manière dont on la gère sont la mesure de toute chose. Lorsqu'on s'accroche avec entêtement à des objectifs inatteignables en regrettant les occasions manquées, on devient nécessairement insatisfait. Le surmenage mais aussi le manque de sollicitation peuvent avoir un impact négatif sur la santé et le bien-être. Si, au contraire, on arrive à adapter son échelle de valeurs, à se fixer d'autres priorités et à se réconcilier avec soi et avec sa vie, la transition vers la vieillesse se déroule plus sereinement, à bien des égards.

Dans ce processus, l'acceptation de sa propre finitude est essentielle.

Plus l'horizon se rétrécit, plus il est urgent d'accepter la vie telle qu'on l'a vécue et de se réconcilier avec les occasions manquées et les rêves non réalisés.

Penser à la fin de vie entraîne souvent un questionnement existentiel sur le sens de la vie passée et des perspectives d'avenir de plus en plus limitées. En la matière, beaucoup de gens ont des réponses et des outils qui leur sont propres.

Mais il y a aussi des personnes qui considèrent leur situation et leur avenir comme si pénibles qu'elles ne voient aucune solution à leurs problèmes et ne trouvent plus aucune réponse faisant sens à leurs questions existentielles. Elles ont alors souvent le sentiment paralysant de ne plus contrôler leur propre vie ou qu'elle est devenue une charge pratiquement insupportable. Une des caractéristiques de cette détresse psychologique ou de cette « crise » est que les personnes se sentent exposées à un fardeau que leurs stratégies ou leurs ressources habituelles ne leur permettent pas de surmonter à ce moment-là. Associée à d'autres difficultés, cette détresse existentielle peut conduire à envisager de mettre fin à ses jours. Le suicide peut répondre à différentes motivations : se donner la mort pour reprendre le contrôle de sa vie peut être l'une d'entre elles. Le sentiment de n'être

plus qu'une charge ni d'aucune utilité pour la famille peut également être à l'origine de gestes suicidaires chez les personnes âgées.

Les autres facteurs qui augmentent le risque suicidaire sont :

- les situations de crise aiguë, les moments critiques de l'existence
- les troubles mentaux (en particulier les dépressions)
- les addictions liées à une substance (alcool, médicaments, drogues)
- une grande impulsivité ou une personnalité émotionnellement instable
- les pathologies physiques/mentales graves et évolutives
- les annonces de suicide et les tentatives de suicide précédentes (en particulier l'année précédente)
- Les suicides ou tentatives de suicide dans l'entourage proche



3. LES SIGNES AVANT-COUREURS DU RISQUE SUICIDAIRE

Les pensées suicidaires ne vont pas automatiquement de pair avec l'intention de se tuer. Toutefois, chaque expression de pensées suicidaires ou d'intention suicidaire doit absolument être prise au sérieux. En effet, les personnes concernées ne reconnaissent pas toujours elles-mêmes qu'elles ont besoin d'aide. La situation devient particulièrement dangereuse lorsqu'elles planifient déjà concrètement leur suicide.

Un début de crise suicidaire s'annonce souvent par une sensation d'impasse : les personnes concernées disent qu'elles n'ont plus aucun intérêt, ni pour leurs loisirs ni pour leur sport favori ou les manifestations culturelles. Elles se désinvestissent des relations humaines. Elles se sentent à l'étroit dans leur réflexion, « comme dans un étau » et ont tendance à ressasser des idées noires. À un stade précoce de la crise, elles expriment aussi des pensées suicidaires indirectes, par exemple : « Tout ça n'a plus de sens... », « Ce serait mieux si je ne vivais plus... ».

Les annonces directes de suicide (« Je veux en finir avec la vie ») ou le sentiment oppressant de devoir se tuer doivent être pris très au sérieux : « Demain matin, tu le fais... ».

Mais le « calme avant la tempête » peut aussi être un dangereux avertissement. En effet, lorsque quelqu'un a déjà exprimé des pensées ou des intentions suicidaires concrètes et donne soudain l'impression d'être plus détendu, ne parle plus de suicide, cela peut signifier qu'il a déjà pris sa décision. Il se trouvait jusqu'à présent dans un état douloureux où il oscillait entre « Je veux me tuer » et « Peut-être va-t-on m'aider ». C'est alors encore plus bouleversant lorsqu'il se suicide effectivement peu après.

Signes avant-coureurs

- **Sensation d'impasse (impression d'être dans un tunnel)**
- **Idées noires, idées suicidaires**
- **Perte des intérêts et abandon des activités habituelles**
- **Désengagement des relations humaines**
- **Annonce (directe ou indirecte) du suicide**
- **Calme inattendu après avoir exprimé des intentions suicidaires (« calme avant la tempête »)**

3.1 NAISSANCE DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Un exemple :

Avant la maladie de son épouse, il ne serait jamais venu à l'esprit de ce retraité de 70 ans de se suicider. Il y a environ un an et demi, on lui a diagnostiqué un cancer du sein. Elle a subi une opération puis une radiothérapie. L'idée que sa femme mourrait et qu'il resterait seul lui apparut alors insupportable.

Après l'opération et les rayons, elle a d'abord semblé guérie. Ils se sont remis à faire des projets, car ils en avaient encore beaucoup. Il avait certes été lui-même éprouvé par une opération du rein, mais ils pensaient bien réussir à surmonter ensemble, comme avant, les maladies plus ou moins graves. Lors d'un examen de suivi, la découverte d'une tumeur potentiellement cancéreuse au poumon entraîna immédiatement une hospitalisation. Il se remit à penser au suicide. Depuis, dit-il à son médecin, cette idée ne le quitte plus. Il ne se sent pas capable de rester seul. L'idée de mettre fin à sa vie si son épouse venait à mourir s'est faite

de plus en plus présente, c'est devenu une certitude. Il sait déjà où et comment il le ferait. En pleurant, il dit qu'il n'a personne, qu'il ne peut pas surmonter seul cette épreuve. S'il ne s'est pas encore suicidé, c'est uniquement parce qu'il ne veut pas l'imposer à sa femme. Il doit attendre jusqu'à ce qu'elle soit morte, alors il pourra agir à coup sûr. Pourquoi devrait-il continuer à vivre, pour qui et pour quoi faire ? « Nous avons toujours tout fait ensemble. Sans ma femme, ma vie n'a plus de sens pour moi. »

3.2 HUMILIATIONS ET CRISES

Le vieillissement s'accompagne de modifications sociales et physiques dont beaucoup peuvent être vécues comme des déficiences, des pertes ou des humiliations. Dans de nombreux domaines, les capacités sont de plus en plus réduites. En général, les difficultés qui en découlent peuvent être facilement surmontées grâce à l'expérience. L'estime de soi et le sentiment de sécurité intérieure peuvent compenser les déficiences et la dépendance extérieures croissantes.

Mais la situation peut devenir insupportable lorsque l'on ne dispose pas d'assez de possibilités de compensation solides et de bons souvenirs. Lorsque les personnes du même âge décèdent ou que la vie de couple devient pénible, un sentiment de solitude ou de détachement intérieur peut apparaître. Lorsque certaines tâches n'ont plus à être réalisées ou ne peuvent plus l'être comme d'habitude, on peut parfois avoir le sentiment d'être inutile. Les problèmes de santé peuvent altérer la qualité de vie dans des domaines cruciaux. On s'inquiète alors de dépendre à l'avenir de l'aide de la famille ou de professionnels. Les peurs, le sentiment d'impuissance et de ne plus être pris au sérieux peuvent être vécus comme insupportables. En désespoir de cause, on souhaite alors prendre soi-même une dernière décision et mettre fin à sa vie, souvent en lien avec l'idée de trouver enfin le calme et la paix. La mort semble alors être la seule solution pour se libérer de cette situation pénible.

La gravité de l'élément extérieur est ici moins déterminante que l'idée de ne plus pouvoir surmonter une telle situation. Certaines personnes âgées ont le sentiment de ne pouvoir résoudre ce dilemme. Elles expriment toutefois un espoir d'évolution de la situation, même si elles n'y associent aucun projet concret.

Pour les personnes extérieures, la situation peut paraître paradoxale : leurs proches, désespérés, espèrent avoir de l'aide, mais font également savoir qu'ils veulent qu'on les laisse en paix.

Lorsque ce comportement ambivalent est mieux compris, il est très souvent possible d'aider. On ne peut comprendre pourquoi une personne pense à se suicider dans une situation difficile qu'au regard de son histoire, c'est-à-dire des difficultés déjà surmontées et des ressources dont il dispose à ce moment-là. Si l'on évoque l'enfance, on voit resurgir des événements difficiles (par ex. séparations, pertes, humiliations, dévalorisations, dépendance et impuissance) qui ont été maîtrisés différemment, en fonction des expériences et des possibilités antérieures.

Lorsqu'on vieillit et qu'on se soucie de préserver son indépendance, la marge de manœuvre et d'expérience peut paraître bien étroite. En raison du déclin de leurs forces et de la perte d'importantes ressources sociales, les personnes âgées ne peuvent souvent plus affronter les obstacles de la vie avec leur résistance habituelle. Elles peuvent également prendre conscience de traumatismes précoces qu'elles avaient pu refouler tout au long de leur vie et qui refont surface, comme « surgis de nulle part ». À cet égard, il est difficile pour les personnes âgées, dépassées par la situation, de trouver les forces nécessaires pour demander une aide qui pourrait contribuer à rendre leur vie plus supportable.

3.3 LES MALADIES MENTALES DES PERSONNES ÂGÉES

Environ un quart des personnes de plus de 65 ans souffre d'une maladie mentale : dans la plupart des cas, d'une dépression. Les autres pathologies comprennent les troubles de la fonction cérébrale (démences), les troubles anxieux, les délires et les addictions. La crainte de souffrir d'une démence – en particulier en cas de soupçon lors d'un diagnostic – place également les personnes âgées devant d'immenses difficultés : au début d'une démence, la personne concernée reconnaît ou devine ses faiblesses et vit péniblement, dans l'angoisse, ses déficiences croissantes. En cas d'accompagnement insuffisant, la connaissance de la maladie, de son déroulement et de ses conséquences redoutées peut déclencher un épisode dépressif avec risque suicidaire.

Toutes les maladies mentales représentent un important risque de suicide.

C'est encore plus vrai pour les dépressions. En effet, les personnes souffrant de dépression sont convaincues de ne plus rien valoir, de ne rien créer de productif et éprouvent un sentiment de découragement, d'impuissance et de désespoir. Cette vision déformée et négative de soi, du monde et de l'avenir tisse le fil apparemment indissoluble de la dépression, dont il semble impossible de sortir. Elles ne reconnaissent pas (ou plus) qu'un traitement peut les aider. Le suicide est alors considéré comme la seule possibilité d'échapper à ces pensées et sentiments douloureux.

La souffrance psychique des personnes âgées réservées, calmes et discrètes passe souvent inaperçue. Elles s'isolent, ne bénéficient pas d'un soutien psychosocial ni d'expériences valorisantes. Faire l'expérience d'une valeur fondamentale positive, que ce soit dans les relations aux personnes, à l'art et à la nature, aux animaux, à soi-même ou à la spiritualité contribue de manière essentielle à prévenir la dépression.

Toutefois, en cas de dépression longue et sévère, le soutien d'un professionnel est indispensable. Les médicaments (antidépresseurs) et la psychothérapie font partie des méthodes de traitement éprouvées et utiles. Les médicaments interviennent directement au niveau du trouble métabolique du cerveau, tandis que la psychothérapie s'intéresse aux expériences, à la réflexion, au vécu et au comportement de l'individu. Cette dernière doit absolument tenir compte de

l'histoire de chacun, c'est-à-dire des modifications liées à l'âge, en fonction des objectifs personnels, des reculs et des avancées de développement ressentis, mais aussi des ressources à créer et des compétences restantes.

La psychothérapie pour les personnes âgées est possible, de plus en plus courante, mais elle est encore loin d'être une évidence.

Il est donc important d'identifier les maladies psychiques chez les personnes âgées – et en particulier les dépressions – et de leur faire savoir qu'il est possible, même pour les personnes très âgées, de trouver des thérapies qui leur redonneront envie de vivre.

Traiter adéquatement la maladie psychique peut réduire efficacement le risque suicidaire, indépendamment de l'âge.

Les dépressions, qui peuvent aussi déclencher un suicide, s'expriment souvent par les signes typiques ci-dessous, qui sont à prendre au sérieux dans tous les cas :

- Humeur morose, en particulier le matin
- Réduction de l'entrain et des intérêts (indifférence vis-à-vis des choses et des activités appréciées)
- Désengagement des relations sociales
- Baisse de la capacité de concentration
- Fatigabilité et épuisement rapide
- Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi
- Sentiment d'inutilité et sentiment irrationnel de culpabilité
- Pessimisme
- Anxiété inhabituelle
- Troubles du sommeil
- Manque d'appétit/perte de poids, troubles digestifs
- Indifférence envers soi-même (soins du corps)
- Douleurs sans cause organique
- Pensées suicidaires

Diagnostic de démence et risque de suicide

De la même manière, on observe que les personnes qui vivent un début de démence et assistent, impuissantes, à la dégradation de leur mémoire, de leurs capacités cognitives et de leur autonomie connaissent des crises suicidaires. En revanche, les personnes qui souffrent d'une démence à un stade déjà avancé passent rarement à l'acte. Cela tient principalement au fait qu'ils ont moins conscience de leur maladie. Ils ne peuvent plus élaborer ni mettre en œuvre un geste suicidaire.

Diagnostiquer un début de démence est effectivement important, car cela permet de mettre en place suffisamment tôt un traitement personnalisé qui pourra, le cas échéant, freiner la maladie. En effet, toutes les démences ne sont pas identiques. Selon leurs formes et la personnalité du patient, elles peuvent évoluer très différemment. On s'accorde toutefois pour dire que plus une démence est diagnostiquée tôt, plus le traitement personnalisé et ciblé sera adapté. L'objectif est de préserver le plus longtemps possible les capacités quotidiennes et d'influencer positivement l'évolution de la maladie. Grâce au diagnostic, les proches peuvent aussi adopter une autre attitude qui permet de planifier l'avenir avec la personne concernée et d'adopter des dispositions pour pouvoir prendre, le moment venu, les décisions nécessaires.

Il est indispensable de fournir un diagnostic solide ainsi que les informations sur les services de conseil thérapeutique et les possibilités d'organisation de la vie quotidienne. Le médecin traitant doit être le premier interlocuteur : vous pourrez évoquer avec lui les suites du diagnostic. Vous trouverez en pièce jointe les adresses des centres d'information et de conseil.

Problèmes physiques et psychologiques

L'anticipation d'une incapacité à exécuter les gestes de la vie quotidienne, annoncée mais pas encore réelle, est à elle seule source d'anxiété, de baisse de l'estime de soi et d'impuissance. Ce processus demande des efforts considérables pour apprendre à accepter la nouvelle situation – à défaut de la compenser. Le bien-être et l'autonomie dépendent en grande partie de la préservation des fonctions physiques et mentales. Les déficiences ou les pertes sont souvent vécues comme un bouleversement. Les handicaps/infirmités

physiques revêtent une importance particulière. Les pathologies physiques chroniques, en particulier, augmentent nettement avec l'âge. Leurs conséquences déterminent en grande partie la qualité de vie et l'autonomie des personnes concernées.

Ce qui trouble les hommes,
ce ne sont pas les choses,
ce sont les jugements qu'ils
portent sur les choses

ÉPICTÈTE



Selon les gériatres, les troubles suivants ont un impact particulièrement durable sur la vie des personnes âgées :

- Douleur chronique
- Détresse respiratoire
- Mobilité réduite, paralysies
- Incontinence
- Baisse ou perte de l'acuité visuelle
- Baisse ou perte de l'audition
- Chutes et peur des chutes

Ces troubles limitent d'abord particulièrement la mobilité de la personne, puis les gestes quotidiens simples, tels que s'habiller ou faire sa toilette. La perte des contacts sociaux qui en découle peut conduire à l'isolement et à la dépression.

3.4 LES EXPÉRIENCES DE PERTE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

La perte du conjoint suite à une séparation ou à un décès est un événement qui peut profondément bouleverser la vie, surtout lorsque les perspectives d'un nouveau départ ou d'un changement se font de plus en plus limitées. La perte du conjoint est souvent source de solitude et d'isolement et implique de devoir réorganiser sa vie, le tout à un âge avancé. D'un point de vue pratique, les hommes sont souvent confrontés à des problèmes plus importants que les femmes.

Cette nouvelle organisation est particulièrement difficile si le partenaire était le seul soutien émotionnel. En raison de cette longue dépendance émotionnelle, il est difficile, au fil du temps, de prendre du recul, de se stabiliser et de se réorganiser. Il est donc important d'avoir d'autres relations sociales, même à un âge avancé.

L'apparition du risque suicidaire et de la volonté de mourir est également liée, chez les personnes âgées, à **la perte – redoutée ou réelle – de l'autonomie et de l'autodétermination.**

On entend par là, en général :

- La perte de la capacité à organiser soi-même sa vie quotidienne et ses relations humaines
- La perte de la capacité à contrôler ses fonctions physiologiques
- Le sentiment d'être dépendant et sans défense

En général, lorsqu'on a peur de perdre son autonomie, on oublie que l'on n'est jamais totalement indépendant dans la vie : les désirs d'autonomie et de sécurité sont les pôles complémentaires d'un équilibre qui perdure durant toute la vie.

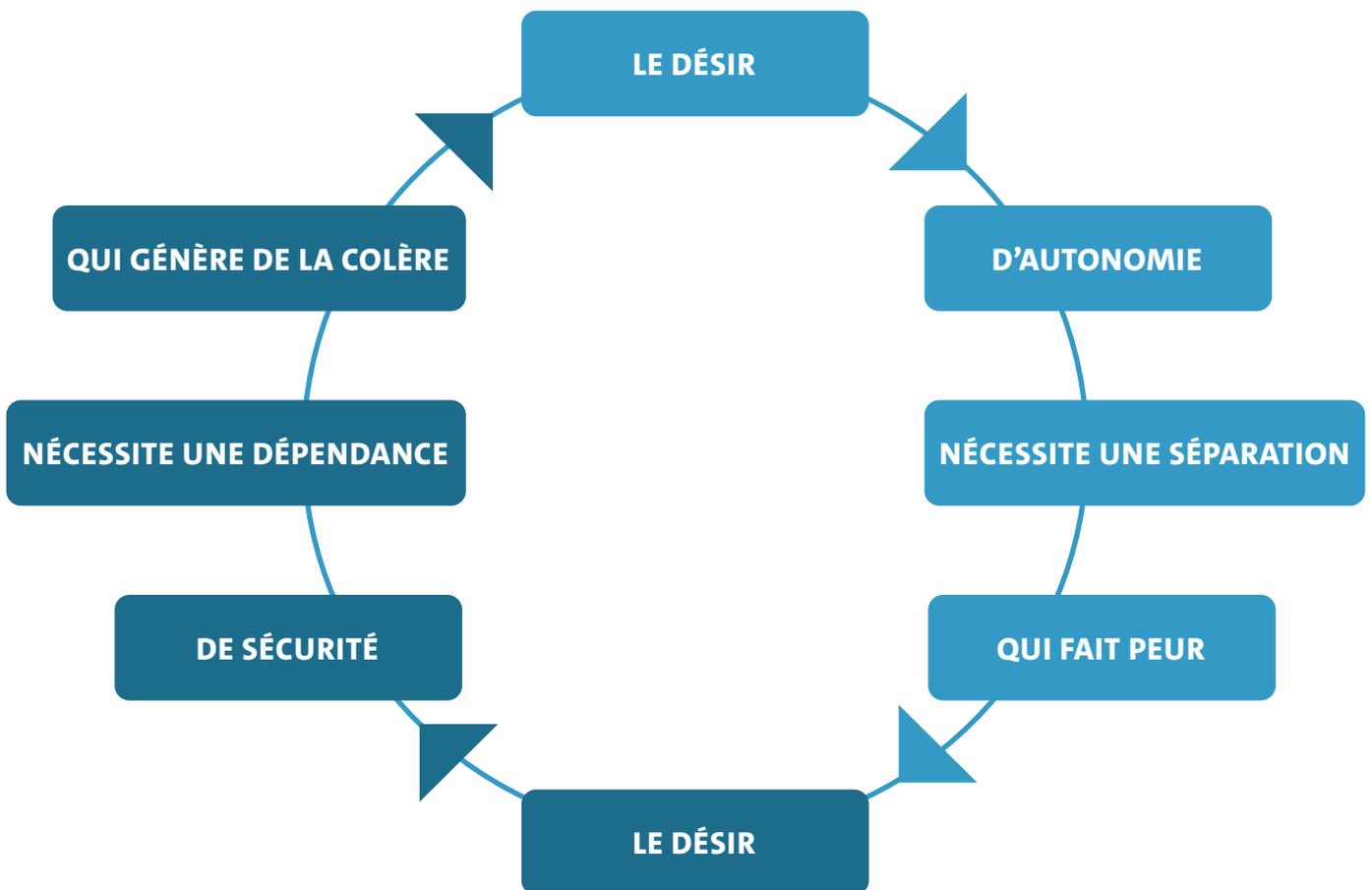
Chaque être humain doit y trouver une place qui s'adapte nécessairement aux différentes phases de l'existence.

Personne ne peut vivre en permanence en autonomie totale ou dans la dépendance absolue.

Il est nécessaire de préserver en permanence un certain degré d'appartenance à une communauté ou de marge de décision autonome, même si – dans les cas extrêmes – elles ne peuvent être vécues que dans l'imaginaire.

L'autonomie est souvent synonyme – en particulier à un âge avancé – de repli sur soi, tandis que la sécurité va presque toujours de pair avec une dépendance non souhaitée. La recherche de la sérénité et d'un équilibre entre besoins d'autonomie et de dépendance aide à faire face aux exigences du vieillissement.

Équilibre entre besoins d'autonomie et de dépendance :



« La vie a-t-elle encore un sens dans le grand âge ? »

Plus la fin de vie approche, plus l'on se rend compte que le sens de la vie ne découle pas de l'acquisition ou de la conservation de « biens », car ils n'ont plus d'utilité dans la mort. Baser le sens de la vie sur un « héritage » peut conduire à d'amères déceptions.

Découvrir le sens de la vie implique

- de réfléchir sur soi et sa vie
- de se réconcilier avec soi et sa vie
- d'avoir une activité (autodéterminée)
- d'être prêt à s'adapter (à ses propres déficiences, handicaps, maladies, à la situation sociale, aux conditions de vie, à ses semblables).
- d'accepter la finitude de la vie
- de faire l'expérience de ses ressources/de sa spiritualité

Tout le monde s'est posé, à un moment donné, la question du sens de la vie. Même s'il ne peut y avoir de réponse universelle, elle fait partie de la condition humaine : que signifie, pour moi, une vie qui a du sens et que dois-je faire pour que ma vie en ait ? Quelles sont les valeurs qui me sont chères et comment puis-je adapter mon comportement à ces valeurs ?

Ces questions ne nous occupent pas l'esprit en permanence, sinon nous ne pourrions pas vaquer à nos occupations quotidiennes. Quand tout va bien, le fait de vivre a apparemment (suffisamment) de sens. Mais si notre vie « part en vrille » pour une raison quelconque – ou pire encore – est ébranlée dans ses fondements, on peut alors faire face à une *crise existentielle*. Pourtant, beaucoup de gens parviennent, malgré de lourdes épreuves, à rester en bonne santé mentale ou – avec le soutien de professionnels si nécessaire – à reconquérir leur volonté de vivre.

Le sens n'est pas une valeur définie. On ne peut pas le « trouver » une fois pour toutes et le conserver pour toujours. Le sens doit être sans cesse recréé en fonction des modifications des conditions de vie.

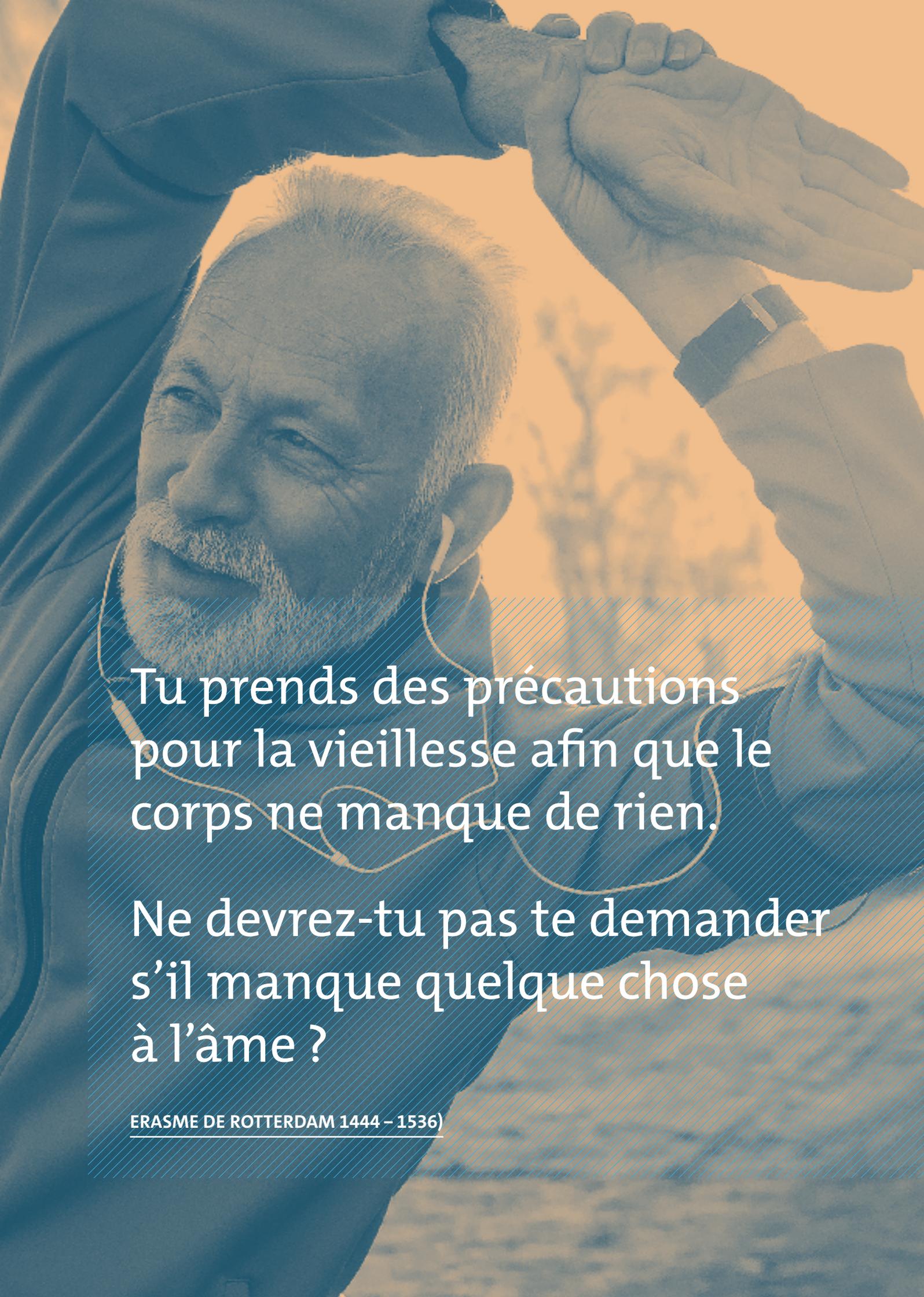
Tout le monde peut vivre une crise existentielle, mais les forces et les ressources d'un individu ne sont pas toujours suffisantes pour la surmonter seul.

Il est alors important de ne pas hésiter et de faire appel au soutien de professionnels (voir liste d'adresses en pièce jointe).

Religion et foi

Dans le cadre de la prévention du suicide, la religiosité et la foi peuvent à la fois représenter une difficulté et une aide. Lorsque la vision du monde s'est rétrécie en raison d'une foi ou d'une conviction religieuse, on peut essayer de rouvrir ces perspectives par un accompagnement personnalisé. Cependant, les possibilités offertes par la foi peuvent également contribuer à ouvrir de nouveaux horizons d'espoir qui permettent d'évaluer différemment la situation, vécue comme sans issue, ou de la gérer en lui donnant un sens.

La spiritualité peut être beaucoup de choses ! Lors de crises existentielles, les gens ont besoin d'aide dans leur recherche de sens et de soutien dans des situations de prétendue absurdité.



Tu prends des précautions
pour la vieillesse afin que le
corps ne manque de rien.

Ne devrez-tu pas te demander
s'il manque quelque chose
à l'âme ?

ERASME DE ROTTERDAM 1444 – 1536)

4. PRÉVENTION DU SUICIDE, AIDE EN CAS DE CRISE ET THÉRAPIES LONGUES

4.1 SE PRÉPARER À VIEILLIR

Il est toujours plus judicieux de prévenir activement une crise existentielle plutôt que d'avoir à la surmonter. Dans un objectif de prévention primaire du suicide, il est essentiel de ne pas se laisser surprendre ni submerger par le vieillissement et ses conséquences. Même si personne ne sait ce qui l'attend, il est bon d'être préparé à ce qui pourrait se passer. Cela nécessite un peu de réflexion.

1. S'intéresser le plus tôt possible à la deuxième partie de sa vie

Vers la cinquantaine, chacun devrait prendre conscience de la manière dont il souhaite organiser ses vieux jours. Avant même de partir en retraite et donc de perdre ses activités professionnelles quotidiennes, il est important de rechercher des occupations suffisamment satisfaisantes pour la période qui suit. Ne pas se contenter d'« une seule jambe » (son métier) et chercher, lorsqu'on est encore en activité, une « deuxième jambe » est une démarche qui s'avère utile. Il peut s'agir d'activités qui donnent du sens ou de défis entièrement nouveaux.

À l'âge de la retraite, il est important de veiller le plus longtemps possible à maintenir une activité intellectuelle durable et une activité physique.

Les relations de couple doivent aussi être redéfinies, à plus forte raison lorsque les enfants ont quitté la maison. Les rôles et les tâches au sein de la famille connaissent souvent une modification qui doit être négociée et conçue ensemble.

La plupart des gens cherchent la communication et le soutien auprès de personnes de leur âge. Il en va de même lorsqu'on vieillit. Il est pourtant recommandé d'entretenir des relations avec d'autres groupes d'âge. Se reposer uniquement sur le soutien de ses enfants et de leurs familles est souvent source de conflits et de déceptions durables.

2. Accepter le vieillissement et sa propre finitude

Tout au long de notre vie, on nous demande de gérer des modifications, de surmonter des pertes et, dans le meilleur des cas, de donner du sens aux crises existentielles. Les films et les médias nous exposent constamment à la mort d'êtres humains – qu'elle soit due à la guerre, à un accident, à la maladie ou à un crime. Mais dans la vraie vie, le « mourir » et la mort restent tabous, largement étouffés ou situés dans un lointain futur. On ne prend conscience de la finitude de sa *propre vie* que lorsque l'horizon se rétrécit sensiblement ou suite à un événement subi et inattendu (par ex. décès d'un proche, diagnostic d'une maladie).

Toute vie se terminant par la mort, la question de sa propre finitude est l'une des principales étapes de développement après l'âge de la retraite. Effectivement, la plupart des personnes âgées abordent de façon plus détendue que les jeunes la question de leur mortalité. D'autres, en revanche, n'acceptent pas bien le fait de devoir mourir, en particulier lorsque leurs conditions de vie semblent difficilement supportables.

Lorsqu'on en parle avec des personnes âgées, il apparaît rapidement que ce qui les angoisse n'est pas le FAIT de mourir, mais plutôt la MANIÈRE dont elles vont mourir.

Elles craignent surtout un processus long et éprouvant, associé à des douleurs et à une dépendance aux appareils médicaux.

Afin de ne pas être pris de court par les éventuelles déficiences physiques, intellectuelles et sociales, il est important de planifier son avenir, notamment de préparer un logement adapté au vieillissement en tenant compte des maladies et handicaps possibles. Dans l'idéal, il convient de s'informer en amont sur les structures adaptées, par ex. quant aux possibilités de soins ambulatoires ou en milieu hospitalier ou en institution. Il faut également réfléchir à la perte éventuelle du conjoint et au fait que l'on vivra ensuite seul(e).

En cas de maladie grave, qui peut aussi être un signe avant-coureur de décès, la disponibilité d'un médecin traitant fiable et de confiance est extrêmement précieuse. Il convient d'aborder et de fixer avec lui suffisamment tôt, dans une directive anticipée, les soins médicaux dont vous souhaitez bénéficier en fin de vie.

Il est également conseillé de prendre les dispositions relatives à son propre décès (inhumation, questions d'assurance, disponibilité des comptes bancaires, succession). Elles font partie des mesures de prévoyance sociale qui doivent, de toute façon, être prises le plus tôt possible pour préparer votre vieillesse.

3. Préserver la communication et la participation sociale

L'être humain a besoin qu'on lui parle, il a besoin d'échanger avec d'autres. Il en va de même pour toute personne vieillissante qui – comme on le croit souvent – n'a pas besoin uniquement de calme, mais aussi de communication et de relations sociales. Il faut les entretenir et les préserver, si possible, jusqu'à la fin de la vie. Il s'agit par ex. des contacts avec le voisinage et les amis, mais aussi de la participation aux activités de la communauté ou autres.

La communication avec les enfants et les autres membres de la famille ne doit pas être interprétée comme une demande impérative de soutien. Les contacts sociaux et familiaux constituent l'enrichissement que chacun espère en secret uniquement s'ils sont largement exempts d'attentes et d'exigences.

Déménager dans une maison de retraite ou dans une structure comme un logement encadré peut aider à nouer de nouvelles relations sociales insoupçonnées et à faire l'expérience d'une forme enrichissante de communauté. Les possibilités de stimulation et d'échange y sont souvent intégrées à la vie quotidienne et peuvent être utilisées de manière personnalisée.

4. Accepter de l'aide en cas de maladie et de handicap

Les signes avant-coureurs de maladie ne doivent être ni ignorés ni guettés anxieusement. Aucune situation ne doit donner lieu, l'âge venu, à un désinvestissement total ni à un engourdissement régulier. Il est donc important de gérer les médicaments et l'alcool avec prudence, de conserver un rythme journalier adéquat, une alimentation équilibrée et un bon sommeil naturel. De nombreuses aides sont disponibles pour compenser les déficiences : mobilier adapté, lit déplaçable, appareils auditifs et aides visuelles, etc. Les personnes handicapées, en particulier, doivent se faire conseiller par des professionnels compétents. Avant même que des soins importants ne deviennent nécessaires, il faut soigneusement reconsidérer l'importance des acquis intellectuels et matériels ou une adaptation à la modification des conditions de vie et des besoins. Si nécessaire, il faut envisager de faire appel à des professionnels (par ex. soins à domicile ou maison de soins).

En cas de maladie ou de handicap, il est recommandé d'avoir recours en temps voulu aux offres d'aide et aux ressources pour se décharger, mais aussi pour soulager les proches. Il faut éviter le surmenage qui pourrait conduire à une plus grande dégradation de l'état de santé. Il est important d'accepter et de tolérer de l'aide, même si c'est parfois difficile. Vieillir, ce n'est pas se résigner, mais compenser des capacités déclinantes de manière à ne pas en arriver obligatoirement à une perte totale d'autonomie et de qualité de vie.

4.2 PARLER AVEC LES PERSONNES ÂGÉES SUICIDAIRES

La plupart des suicides sont précédés d'annonces directes ou indirectes, parfois répétées. Des expressions telles que « Je préférerais être mort », « Je ne veux plus vivre », « Je ne peux plus continuer » doivent toujours être prises au sérieux. Mais beaucoup de gens ont du mal à communiquer leur mal-être. Ils souffrent en silence, jusqu'à ce que cela devienne insupportable. Dans ce cas, le risque éventuel de suicide ne peut être compris qu'indirectement.

Il n'est pas facile d'entrer en contact ou de dialoguer avec une personne âgée qui exprime l'intention de mettre fin à ses jours. Le suicide est encore un sujet tabou dont on ne parle pas. Nous avons peur de faire quelque chose de travers et de renforcer encore l'intention suicidaire de la personne. Ces craintes sont pourtant infondées : parler aux personnes suicidaires de leur intention peut sauver des vies

On peut par exemple lancer la conversation de cette manière :

- « J'ai l'impression que vous n'allez pas bien, voulez-vous en parler avec moi ? »
- « Je me fais du souci pour vous et je voudrais vous proposer de l'aide dans cette situation difficile. »



Les gens qui ont une oreille attentive pour nous, nous font tendre l'oreille.

ERNST FERSTL (*1955), PROFESSEUR, POÈTE ET APHORISTE AUTRICHIEN

4.3 LES AIDES EN CAS DE CRISE

En cas de crise, par exemple due à une perte, un deuil, un handicap social, il faut prendre contact avec les membres de sa famille, ses amis et d'autres personnes de confiance, en particulier avec un médecin traitant que l'on connaît bien. Dans certains cas, un soutien psychothérapeutique peut être opportun. Si la crise survient brusquement, les lignes d'écoute téléphonique sont les premiers interlocuteurs disponibles. Si le geste suicidaire a déjà été commis, il faut appeler immédiatement les urgences et demander une hospitalisation.

Les points à respecter lorsqu'on parle à une personne âgée suicidaire :

- Traitez-la avec respect et compréhension.
- Faites preuve d'ouverture et instaurez un climat de confiance afin que la personne se sente acceptée dans sa détresse et non jugée.
- Prenez au sérieux le désir de mourir, les pensées et les intentions suicidaires et parlez-en.
- Ne jugez pas, ne faites pas la morale.
- Offrez votre soutien et faites bonne contenance : aidez la personne à faire appel à un professionnel.
- Le risque suicidaire doit toujours être pris au sérieux, ne le minimisez pas.
- Parlez des causes, des circonstances et des facteurs déclenchants.
- Renseignez-vous sur les possibilités de soutien dans l'environnement social (par ex. personnes référentes, services sociaux, services de soin, aides médicales).
- Proposez de poursuivre le dialogue (pour parler des peurs de la personne, lui faire connaître les autres possibilités de conseil et d'aide).
- Prenez conscience de vos limites et, le cas échéant, demandez conseil ou envisagez une supervision.

L'intervention de crise, qui a lieu à l'issue de la phase aiguë faisant suite à un geste suicidaire, inclut :

- un bilan de la situation actuelle (psychosociale)
- une prise de position : comment continuer ?
- la motivation qui conduit à accepter une aide complémentaire et un soutien pour se ressaisir dans la situation d'après crise.

Les troubles psychiques nécessitent un traitement par un professionnel (psychothérapie et, si besoin, psychotropes). Le réseau d'aide psychosociale offre ensuite de nombreuses possibilités de soutien. En situation de crise, les proches et les soignants ont aussi souvent besoin de s'exprimer et d'être soutenus (par ex. pour évacuer leur sentiment de culpabilité).



Celui qui
possède un
pourquoi qui le
fait vivre peut
supporter tous
les comment

FRIEDRICH NIETZSCHE

5. POINTS DE REPÈRE POUR LA FIN DE VIE

Prendre conscience de la finitude de sa propre vie et de sa mort est l'une des principales étapes de développement. Elle prend une importance croissante lorsqu'on atteint un âge avancé. Souvent, ce n'est pas la mort elle-même que semblent craindre les personnes, mais plutôt le processus long et éprouvant qui la précède, en particulier lorsqu'il est associé à la douleur et à l'impuissance. Elles ne savent souvent pas qu'il existe des aides en cas de maladie incurable et dans la phase du « mourir ».

L'accompagnement des personnes en fin de vie ne concerne pas seulement une courte période de quelques heures à une journée avant le décès, il peut s'étendre sur des périodes relativement longues, de plusieurs mois ou même plusieurs années. Les soins palliatifs tiennent compte des besoins et des souhaits physiques, psychiques, sociaux, spirituels et matériels des personnes atteintes de maladies incurables. En soulageant les souffrances physiques et psychiques de la personne mourante, cette prise en charge entend lui permettre de continuer à vivre selon ses besoins et sa manière d'aborder sa propre mort. Les soins palliatifs à domicile tentent de respecter le souhait de mourir chez soi. L'accompagnement en fin de vie inclut également le suivi des proches et des survivants.

5.1 DISPOSITIONS LÉGALES

Les deux lois luxembourgeoises du 16 mars 2009 sur les soins palliatifs, d'une part, et sur l'euthanasie et le suicide assisté, d'autre part, offrent la possibilité de participer à la prise de décision. Si l'on est en pleine possession de ses capacités intellectuelles, on peut participer de manière proactive et coucher par écrit le traitement/l'accompagnement souhaité, par exemple sous forme de **directive anticipée** (concernant les soins palliatifs) ou de **dispositions de fin de vie**, qui sont régies par la loi sur l'euthanasie et le suicide assisté. Elles s'appliquent lorsque l'on ne peut plus exprimer sa volonté (par ex. perte de conscience consécutive à une maladie ou à un accident, une démence, etc.).

Suivi, mandat pour cause d'inaptitude, directive anticipée

Le refus d'acharnement thérapeutique ou d'une prolongation artificielle de la vie est l'un des grands principes des soins palliatifs ainsi que de la législation luxembourgeoise correspondante. En cas d'altération de la capacité d'autodétermination, la directive anticipée permet à tout moment de consigner par écrit sa volonté concernant les soins médicaux souhaités ou non.

Au Luxembourg, quelle que soit la date à laquelle elle a été établie, la directive anticipée est contraignante. La loi n'a pas fixé de durée de validité. Il est toutefois raisonnable de la relire tous les trois à cinq ans et d'y apposer une nouvelle fois la date et sa signature lorsqu'on est toujours d'accord avec ce qui y a été rédigé.

La directive anticipée permet de désigner par écrit une personne de confiance s'il n'est plus possible d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est en droit de représenter le signataire auprès d'un médecin pour toute question relative à la santé, aux maladies et aux traitements. Le médecin doit l'écouter. Comme tout le reste de la directive anticipée, la personne de confiance peut être modifiée ou annulée à tout moment en datant et signant la modification. À l'heure actuelle, il n'est pas prévu d'enregistrement centralisé des directives anticipées. Il est recommandé d'établir au moins trois copies de la directive anticipée et de les remettre à la personne de confiance, à une personne de l'entourage et au médecin traitant.

Des centres de conseil spécialisés (par ex. Omega90) ou votre médecin sont à votre disposition pour vous aider et vous conseiller dans la rédaction de votre directive anticipée. Les questions éthiques, juridiques et médicales qui concernent la rédaction d'une directive anticipée sont traitées de manière approfondie et pratique dans le « Guide des soins palliatifs », publié conjointement par le ministère de la Famille et de l'Intégration, le ministère de la Santé et le ministère de la Sécurité sociale.

Un guide de rédaction de la directive anticipée ainsi qu'un formulaire en plusieurs langues sont disponibles en téléchargement sur le site d'Omega90 (www.omega90.lu) ou du ministère luxembourgeois de la Santé (www.sante.public.lu).

Les proches et les autres personnes de confiance ont besoin d'une procuration pour agir au nom de la personne concernée quand celle-ci n'est plus en mesure de prendre des décisions responsables et de s'occuper elle-même de ses affaires. Cette procuration peut concerner principalement les conditions de logement, le

suivi médical ainsi que les questions de patrimoine. En règle générale, les autorités et les banques reconnaissent ces procurations uniquement si elles sont notariées.

Mesures de protection légales

Au Luxembourg, la loi du 11 août 1982 régit le droit des incapables majeurs. Elle prévoit trois régimes de protection coordonnés qui couvrent tous les cas d'incapacité :

- la mise sous sauvegarde de justice
- la curatelle
- la tutelle

La **sauvegarde de justice** est une protection minimale. Ses conséquences ne se ressentent pas au quotidien. La personne concernée reste capable de faire tous les actes de la vie civile, mais les actes accomplis peuvent être invalidés par la suite s'ils ont causé un dommage à la personne protégée. Cette mesure est indiquée chez les personnes qui doivent être protégées en raison d'une altération temporaire de leurs facultés mentales et chez celles qui ne peuvent exprimer leur volonté en raison d'un handicap physique.

La curatelle concerne les personnes dont les capacités intellectuelles sont affectées par une maladie, un handicap ou l'âge, ce qui les empêche de réaliser leurs actes juridiques. Le curateur est soit le conjoint, une association ou une autre personne désignée par le juge des tutelles. Le rôle du curateur est celui d'un conseiller. La personne sous curatelle conserve toutefois sa capacité de décision juridique en parallèle de la curatelle.

La **tutelle** est la mesure de protection la plus forte prévue par l'État. Elle concerne toutes les personnes qui ne sont pas en mesure, à long terme, d'accomplir leurs actes juridiques. Il s'agit des personnes porteuses d'un handicap mental ou physique qui les met dans l'impossibilité d'exprimer leur volonté ou des personnes âgées dont les capacités intellectuelles sont altérées, notamment, par des modifications neurodégénératives (par ex. démences). La personne bénéficie d'un représentant permanent appelé tuteur : le conjoint, un membre de la famille ou une autre personne désignée par le juge.

(Tiré en partie de la brochure : « Guide du handicap – Droits et encadrement juridique », disponible en téléchargement sur www.info-handicap.lu).

5.2 AIDES POUR LES PERSONNES ENDEUILLÉES

Le suicide revêt de nombreux aspects, mais l'un d'eux est identique pour ceux qui restent : une vie a pris fin prématurément. De nombreuses questions restent sans réponse : aurait-on pu l'empêcher ? Les signes n'ont-ils pas été reconnus ? La perte d'un être humain, en particulier suite à un suicide, est – pour les proches et tout l'entourage – un événement très difficile, physiquement et moralement. Les survivants peuvent perdre pied, psychologiquement et socialement. Souvent, le risque de maladie augmente, ainsi que le risque de suicide, surtout dans les premiers mois. Les survivants ont donc besoin de soutien et d'accompagnement pour surmonter cette période difficile.

**Tout est différent lorsque c'est un suicide qui met fin à la vie.
Ce type de décès entraîne des conséquences lourdes et inhabituelles**

Elles touchent les parents les plus proches, les amis, les connaissances, mais aussi l'entourage social lointain. Le travail de deuil après un suicide est un défi permanent pour les survivants qui, en dehors de la famille, restent souvent seuls avec leur souffrance. Isolement social, colère, sentiments de culpabilité, de honte et de regret, troubles dépressifs sont quelques-unes des conséquences possibles, qui peuvent aller jusqu'aux pensées suicidaires.

Lorsqu'on ne veut pas minimiser ni nier le suicide d'un membre de sa famille, on sent rapidement à quel point il est difficile pour les autres d'aborder cette nouvelle. Certains ne parviennent pas à exprimer des paroles de compassion comme pour d'autres décès. Souvent, le malaise et l'incompréhension prédominent. Le plus difficile est que le suicide reste un tabou, qu'il est même souvent passé sous silence.

Comment soutenir ceux qui restent ?

On ne peut pas enlever leur tristesse aux survivants, ni même l'éviter. Pour sortir d'un deuil, il faut le traverser. Il est très important de pouvoir laisser libre cours à ces intenses sentiments et réflexions afin d'assimiler la perte et de faire un travail de deuil efficace.

Les personnes endeuillées ont besoin d'un interlocuteur qui les écoute et peut supporter leurs violentes émotions. Après un suicide, elles trouvent rarement un soutien suffisant : beaucoup voient leurs amis et leurs connaissances se détourner brusquement et dans la famille, chacun est occupé par son propre deuil.

Le cas échéant, les conseils d'un professionnel et un traitement psychiatrique/ psychothérapeutique peuvent offrir une aide salutaire.

Attitude à adopter :

- **Apporter son soutien et faire bonne contenance** : dans un deuil, il y a des moments où les gens sont littéralement « inconsolables ». Ne laissez pas votre détresse vous empêcher d'inviter les personnes endeuillées ou de leur rendre visite. Supporter ces moments avec la personne en deuil apporte un soutien dans une période où son monde bascule.
- **Écouter et compatir** : les personnes endeuillées ont besoin de compassion, d'attention et de la confirmation de leurs sentiments, à tout le moins d'une personne qui les écoute. Laissez-les parler aussi souvent et autant qu'elles le veulent de la personne disparue.
- **Un deuil est toujours unique** : il faut autoriser chacun à vivre son deuil à sa manière. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise méthode, ni de bon ou de mauvais rythme pour faire son deuil. N'exercez aucune pression et ne jugez pas les sentiments (par ex : « Il serait temps que tu rencontres du monde, ça ne peut pas aller mieux dans ces conditions. »)
- **Le deuil a sa propre logique** : il n'est pas rare qu'apparaissent chez les personnes endeuillées des émotions fortes et des comportements excessifs. Leur accorder de l'espace, les autoriser et les reconnaître sans les juger : ce sont les compétences clés qui permettent d'accompagner un deuil. N'essayez en aucun cas de consoler en relevant les « bons côtés » du suicide (par ex. « Au moins la famille a renoué le dialogue »).

Vous trouverez à la fin de cette brochure d'information des adresses utiles et des interlocuteurs qui s'occupent en particulier des problèmes des survivants. Il peut également être utile de rejoindre un groupe (dirigé par un professionnel) dont les participants ont perdu un proche.

Vous découvrirez que vous n'êtes pas seul(e), vous pourrez échanger et trouver le soutien nécessaire pour surmonter cette période difficile.

« Ne mets
pas de
point là
où la vie
dessine
une
virgule. »



PISTE DE RÉFLEXION ET ASPECTS ESSENTIELS DE LA BROCHURE

Cette brochure fournit de nombreuses informations importantes sans toutefois remplacer une consultation ou une thérapie. Au contraire, elle a pour objectif de familiariser les lecteurs aux questions liées à l'âge et aux difficiles réalités des personnes âgées ainsi que d'expliquer les dangers potentiels et les signes avant-coureurs du risque suicidaire.

Elle fournit également des indications importantes sur la manière d'activer utilement les ressources des personnes âgées, sur les possibilités de dialogue et sur le comportement à adopter en cas d'urgence. À la fin de la brochure, une liste des centres de conseil apporte également un soutien supplémentaire très concret.

Le risque suicidaire n'est pas une fatalité, il est évitable dans la plupart des cas. C'est un sujet auquel il faut prêter une grande attention, en particulier lorsqu'il concerne les personnes âgées.

Chacun de nous peut apporter sa pierre à l'édifice en reconnaissant les signes et en les prenant au sérieux.

N'hésitez pas, faites le premier pas.
Dans le doute, mieux vaut un pas de trop qu'un pas en moins.

6. ADRESSES

SERVICE DE GARDE :

Les services de garde sont des établissements qui peuvent être contactés lorsqu'une assistance immédiate est nécessaire en raison d'un risque élevé de suicide.

- **112**
(Ambulances, urgences dans les hôpitaux, médecins,...)
- **113** (Police)

SERVICES TÉLÉPHONIQUES D'AIDE ET DE CONSEILS ANONYMES SUR DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES ET/OU DES SITUATIONS DE CRISE :

- **SOS Détresse,**
7/7 de 11h à 23h
Tel: 45 45 45
B.P. 620, L-2016 Luxembourg
www.454545.lu
info@sosdetresse.lu

INFORMATION ET CONSEIL EN CAS DE PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES :

- **Centre de conseil de la Ligue**
11, rue du Fort Bourbon, L-1249 Luxembourg
Tel: 49 30 29
www.llhm.lu
csm@pt.lu

INFORMATION ET CONSEILS SUR LES SOINS PALLIATIFS ET L'ACCOMPAGNEMENT EN MATIÈRE DE DEUIL :

- **Omega 90**
138, rue Adolphe Fischer, L-1521 Luxembourg
Tel: 29 77 89 1
www.omega90.lu
info@omega90.lu

INFORMATIONS ET CONSEILS SUR DES QUESTIONS SPÉCIFIQUES :

RENSEIGNEMENTS ET DOCUMENTS SUR LE SUICIDE ASSISTÉ ET L'EUTHANASIE :

- **Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide**
Ministère de la Santé
Allée Marconi/Villa Louvigny, L-2120 Luxembourg
Tel: 247-85626
cnce.euthanasie@ms.etat.lu

INFORMATION SUR LA RÉDACTION DE TESTAMENTS DE VIE ET LES DISPOSITIONS DE FIN DE VIE:

- **Omega 90**
138, rue Adolphe Fischer, L-1521 Luxembourg
Tel: 29 77 89 1
www.omega90.lu
info@omega90.lu

ADRESSES

- **Mäi Wëllen, Mäi Wee – Association pour le droit de mourir dans la dignité Lëtzebuerg**

1B, rue Thomas Edison, L-1445 Strassen

Tel: 26 59 04 82

www.mwmw.lu

info@mwmw.lu

INFORMATIONS SUR LA MÉDIATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET AUTRES MODES DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS :

- **Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé**

73, rue Adolphe Fischer, L-1520 Luxembourg

Tel: 24 77 55 15

www.mediateursante.lu

info@mediateursante.lu

INFORMATION, CONSEIL ET ASSISTANCE AUX PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE ET À LEURS PROCHES :

- **Association Luxembourg Alzheimer**

Telefon Helpline 24/24

Tel: 26 43 24 32

- **Association Luxembourg Alzheimer**

45, rue Nicolas Hein, L-1721 Luxembourg

Tel: 26 007-1

www.alzheimer.lu

info@alzheimer.lu

INFORMATION SUR LES RAPPORTS, LE SOUTIEN ET L'AIDE SUR LE SUJET DE LA DÉMENCE :

- **Info-Zenter Demenz**

14a, rue des Bains, L-1212 Luxembourg

Tel. 26 47 00

www.demenz.lu

mail@i-zd.lu

INFORMATIONS, CONSEILS ET OFFRES SUR TOUS LES ASPECTS DE LA VIEILLESSE ET DU VIEILLISSEMENT :

- **RBS Center fir Altersfroen**

20, rue de Contern, L-5955 Itzig

Tel. 36 04 78

www.rbs.lu

www.cellulederecherche.lu

info@rbs.lu

RECHERCHE DE PSYCHOLOGUES ET PSYCHOTHÉRAPEUTES AU LUXEMBOURG :

- **La société Luxembourgeoise de psychologie (SLP)**

garantit que chaque personne inscrite possède la formation académique indiquée. L'enregistrement est un label de qualité reconnaissable³.

www.slp.lu

www.slp.lu/e-psycholog-fannen

Cette liste d'adresses n'est qu'un aperçu et ne prétend pas être exhaustive.

**OUI
À LA
VIE,
MAIS
PLUS
COMME
ÇA!**

www.prevention-suicide.lu