

# Sociologies

Dossiers

2023

L'assistance à mourir : conditions pour une comparaison internationale

## Le suicide des personnes âgées en France et en Suisse : ce que le contexte sociétal dit de la place des proches

*Suicide of the Elderly in France and Switzerland: What the Societal Context Says about the Place of Relatives**Suicidio de ancianos en Francia y Suiza: qué dice el contexto social sobre el papel de los familiares*

FRÉDÉRIC BALARD, MURIELLE POTT ET EVA YAMPOLSKY

<https://doi.org/10.4000/sociologies.20520>

### Résumés

Français English Español

À partir d'une comparaison de récits de proches des personnes âgées décédées par suicide en France et par suicide assisté en Suisse, cet article analyse la place des proches et leurs interprétations du suicide de leur parent âgé. Il met en évidence la manière dont le contexte sociétal et légal influence tout à la fois le recueil du matériau, le ressenti des proches et leurs interprétations. Alors qu'en France, les proches s'efforcent d'échapper au risque d'une stigmatisation familiale et tentent de reconstruire, *a posteriori*, les raisons du suicidé, l'institutionnalisation du suicide en Suisse génère un formatage, *a priori*, des motifs de suicide.

Based on a comparison of accounts by relatives of elderly people who died by suicide in France and by assisted suicide in Switzerland, this article analyzes the place of family members and their interpretations of the suicide of their elderly relative. It highlights the way the societal and legal context influences the collection of data, the feelings of relatives and their interpretations. While in France, relatives try to avoid the risk of the family being stigmatized and try to retrospectively reconstruct the reasons for the suicide, the institutionalization of suicide in Switzerland means that the reasons for suicide are formulated in advance.

Este artículo analiza el papel de los familiares y sus interpretaciones del suicidio de un pariente mayor, comparando los relatos de familiares de ancianos que murieron por suicidio en Francia y por suicidio asistido en Suiza. Destaca el modo en que el contexto social y jurídico influye en la recogida de material, los sentimientos de los familiares y sus interpretaciones. Mientras que en Francia los familiares intentan evitar el riesgo de estigmatización familiar y tratan de reconstruir, *a posteriori*, las razones del suicidio, la institucionalización del suicidio en Suiza genera, *a priori*, un formateo sobre las razones del suicidio.

### Entrées d'index

**Mots-clés :** suicide, suicide assisté, personnes âgées, famille**Keywords :** suicide, assisted suicide, elderly, family**Palabras claves :** suicidio, suicidio asistido, personas mayores, familia

#### Notes de la rédaction

\* Version originale : Balard F., Pott M. & E. Yampolsky (2021), « Suicide Among the Elderly in France and Switzerland: What Does the Societal Context Tell Us about the Place of Relatives? », *Death Studies*, vol. 46, no 7. DOI:

10.1080/07481187.2021.1926634

### Texte intégral

## Introduction

1

Engager une revue de littérature en considérant la dimension familiale du suicide met en lumière les prismes scientifiques à travers lesquels les chercheurs ont examiné les liens entre le suicide et la famille. À ce titre, on retrouve nombre de recherches qui interrogent la famille comme un facteur de risque ou un facteur protecteur du suicide. Ainsi, à la suite de la thèse de Durkheim (1897) sur l'intégration sociale, se trouvent notamment



interrogées l'étendue, la densité et la qualité du lien entre le suicidé et ses proches. La faiblesse du lien familial et l'isolement – régulièrement pointés lorsqu'il s'agit de suicides de personnes âgées – sont considérés comme un motif possible de suicide. À l'inverse, d'autres chercheurs (Baechler, 1975) mettent en question la potentielle nocivité du lien familial. On trouve également dans la littérature la mention de « familles à suicide » (Qin, Agoberto & Mortensen, 2002 ; Runeson & Asberg, 2003) au sein desquelles le suicide est mis en question par l'intermédiaire de facteurs de risques génétiques (Brent & Mann, 2005) et/ou psychanalytiques (Charazac-Brunel, 2014). Si la famille peut faire figure de « lieu de condensation traumatique » (Charazac-Brunel, 2014, p. 27), elle est également conçue par certains travaux (Mishara & Houle, 2008 ; Prabhu *et al.*, 2010) en suicidologie comme un des premiers leviers de la prévention. En miroir de ces approches, se sont également développées des recherches s'intéressant à ce que le suicide fait à la famille (Cerel *et al.*, 2008). Cette seconde dimension interroge prioritairement le traumatisme généré chez les proches du défunt par le suicide et, par extension, en quoi cela pourrait lever des inhibitions susceptibles de générer d'autres suicides au sein de la famille (Charazac-Brunel, 2014).

- 2 Ce type de perspectives de recherche interrogeant ensemble « famille » et « suicide » illustre un présupposé fréquemment associé à l'idée de suicide, à savoir que la famille peut avoir un rôle dans les mécanismes relatifs au processus suicidaire, soit en l'entravant, soit en le « facilitant » de manière involontaire. Dans la littérature relative au suicide des âgés – qui est statistiquement le plus fréquent<sup>1</sup> –, ce postulat prend souvent des dimensions particulières en raison des stéréotypes associés à l'âge. C'est ainsi que, après la mise en exergue des conséquences physiologiques et pathologiques de la sénescence, se trouvent mentionnés la solitude et l'isolement, fréquemment rattachés au veuvage et à la disparition des pairs d'âge (Campéon, 2013). Outre les travaux interrogeant les dimensions éthiques du suicide assisté (Stavrianakis, 2020), la littérature spécifique sur le sujet, qui concerne en majorité des âgés, s'intéresse plutôt à l'avis des proches pour saisir les motivations du suicidant (Dees *et al.*, 2010) ou pour analyser le caractère potentiellement spécifique de leur deuil (Swarte *et al.*, 2003).
- 3 Dans le cadre de cet article, nous avons choisi d'aborder différemment le rôle des proches dans le suicide des âgés en interrogeant non pas leur rôle dans le processus suicidaire, mais leur place dans celui-ci. Nous considérons avec Hanning (2019) que le fait de catégoriser distinctement et *a priori* le suicide selon son caractère assisté ou non constitue un enjeu épistémologique et méthodologique de l'analyse du suicide des âgés. En procédant par une comparaison de discours de proches confrontés au suicide d'un parent âgé en France et de proches ayant accompagné le suicide assisté de leur parent en Suisse, nous proposons d'analyser la manière dont le contexte sociétal et le protocole de recherche influencent la manière dont la place des proches peut être conçue, mais plus encore la manière dont ces derniers interprètent le suicide de leur parent.
- 4 Alors même que les âgés en question sont « familialement intégrés » dans les deux situations, la place des proches est fortement impactée par la dimension « normalisante » de la dépénalisation en Suisse, qui contraste fortement avec la dimension déviante – au sens de perturbatrice de l'ordre social (Timmermans, 2005) – que peut prendre le suicide en France. En Suisse, il apparaît que la dépénalisation s'accompagne de formes d'institutionnalisation et de médicalisation qui ne sont pas sans effets sur une sorte de formatage du discours des proches. En France, les interprétations des proches, construites *a posteriori*, s'avèrent moins influencées par le cadre légal.

## Le suicide des âgés en France et en Suisse, éléments de cadrage

- 5 En 2014, le taux de suicide en France tous âges confondus s'élevait à 14,9/100 000 alors que celui des personnes âgées de 75 ans et plus était de 35,4/100 000. Ce taux s'élevait jusqu'à 47,9/100 000 pour les 85-94 ans pour atteindre même 83,8/100 000 pour les hommes de 85-94 ans<sup>2</sup> (ONS, 2018). S'il existe en France, comme dans de nombreux autres pays, des associations – telle l'Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité (ADMD) – militant pour un droit à mourir dans la dignité, la réponse législative instaurée par la loi du 2 février 2016 dite Claeys-Leonetti<sup>3</sup> n'ouvre pas la porte à une légalisation du suicide assisté, mais un droit à l'arrêt des traitements relevant de l'acharnement thérapeutique. En cela, les arguments défendant la rationalité du suicide (Richards, 2017) et une éthique d'une bonne mort face à la grabatisation (Gandsman, 2018) pèsent peu face à la pathologisation du suicide opérée par les experts français en suicidologie (Balard *et al.*, 2020) et à des comités d'éthique<sup>4</sup> qui, portant la focale sur l'âgisme et les politiques inclusives, éludent la question du suicide pour lui préférer celle de l'accompagnement de la mort.
- 6 Contrairement à ce qui se passe en France, la loi suisse tolère l'assistance au suicide, sans préciser les conditions d'accès au niveau fédéral<sup>5</sup>. Elle est gérée par des ADMD créées à partir des années 1980. C'est le seul pays qui n'attribue pas au seul corps médical la responsabilité d'évaluer et de gérer les demandes d'aide à mourir. Ainsi, les ADMD mettent en forme une nouvelle manière de se suicider, dans le cadre de leurs statuts, en prenant garde de ne pas être accusées de poursuivre des mobiles égoïstes, au sens du Code pénal (voir Hamarat *et al.*, dans ce dossier). Prévue à l'origine pour des libres penseurs désirant maîtriser leur mort (Dubois, 2008), l'assistance au suicide s'est ensuite adressée à des personnes gravement malades ou invalides pour aujourd'hui être accessible aux personnes souffrant de « polyopathologies invalidantes liées à l'âge », telles que par exemple les douleurs liées à l'arthrose, les pertes sensorielles, l'incontinence, le risque de dépendance, la crainte de perdre sa capacité de discernement, etc. Le profil des membres des ADMD est en général urbain et d'un bon niveau socio-économique, avec une plus forte proportion de femmes et de personnes âgées de plus de 65 ans (Pott *et al.*, 2018). En Suisse, le taux de suicide<sup>6</sup> est évalué à 12,6 pour 100 000 habitants en 2017, tandis que le taux des personnes âgées de plus de 80 ans qui se suicident est de 28,3. Les suicides assistés sont comptabilisés à part dans la statistique du suicide depuis la fin des années 1990 et leur taux standardisé se monte à 12,5 pour 100 000 habitants. Ce rapport varie fortement selon l'âge en Suisse : chez les 75 ans et plus, le suicide assisté est plus fréquent que le suicide sur la période de 2010 à 2014 (Junker, 2016). La Suisse semble



avoir réglé officiellement la question de la différence entre suicide et suicide assisté, en les comptabilisant à part et en posant, de fait, le suicide assisté comme un acte rationnel, hors du champ de la prévention. Une ADMD a tenté de requalifier l'acte sous le terme d'« autodélivrance », mais ce terme n'est repris ni par ses membres ni par les proches, qui ne s'accordent pas sur le fait qu'il s'agit ou non d'un suicide (Pott *et al.*, 2015).

## Méthodologie

7 Cet article s'appuie sur la comparaison de deux corpus d'entretiens réalisés avec des proches de personnes âgées s'étant suicidées avec assistance en Suisse et sans assistance en France.

8 Le premier corpus a été collecté entre 2010 et 2012 dans le cadre d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs menée auprès de 27 proches ayant participé à un suicide assisté en Suisse romande et de quatre bénévoles d'une ADMD. Le but de l'étude était de comprendre la manière dont était vécue la perte dans le contexte d'un suicide planifié et organisé en famille. Les entretiens ont été intégralement retranscrits, les données anonymisées et analysées au moyen du logiciel AtlasTi, sur la base d'une analyse de contenus<sup>7</sup> (Pott *et al.*, 2015). Pour cet article, nous avons décidé de retenir les huit proches des six personnes âgées de plus de 75 ans.

**Tableau 1. Corpus suisse mobilisé pour l'article**

Informateur	Suicidé	Contexte médical	Situation familiale du suicidé
Aliénor	Belle-mère	Polypathologies liées à l'âge	Vit en maison de retraite
Louis	Grand-mère		
Lisa	Mère	Cancer	Vit en couple
Ariana	Compagnonne		
Émile	Épouse	Douleurs chroniques	Mariée
Emmanuelle	Mère	Cancers	Vit seule, aidée par une voisine et sa fille
Violetta	Mère	Cancer	Vit avec sa fille
Marianne	Père	Insuffisance artérielle grave	Vit seule

Note : Tous les suicides ont été réalisés par ingestion, à dose létale, de barbituriques prescrits par un médecin.

Source : Pott *et al.*, 2015

9 Le second corpus est tiré du projet français SUICIDAGE<sup>8</sup>. Nous nous sommes focalisés sur sept cas de suicide de personnes âgées de plus de 75 ans qui ont la particularité d'avoir concerné des personnes vivant « en famille », qu'elles soient en couple ou en situation de cohabitation intergénérationnelle (cf. Tableau 2). Cette focale permettait de centrer le récit de ces proches sur leurs observations et les discussions qu'ils avaient eues avec le suicidé avant son décès. Pour autant, aucun de ces suicides ne peut être qualifié d'« accompagné », au sens où les proches auraient donné leur aval. En revanche, ces suicides ont bien eu lieu « en présence » d'un ou plusieurs proches, sans que celui-ci ne soit témoin direct de l'acte. Il s'agit ici de suicides d'hommes mariés et de suicides de femmes qui vivaient en cohabitation intergénérationnelle. Après retranscription et anonymisation, les entretiens ont été analysés au moyen d'une méthodologie qualitative classique par théorisation ancrée avec codage ouvert avec l'aide du logiciel NVivo.

**Tableau 2. Corpus français mobilisé pour l'article**

Informateur	Suicidé	Mode de suicide	Situation familiale du suicidé
Dominique	Grand-mère	Défenestration	Cohabitation intergénérationnelle
Émeline	Grand-mère	Médicaments	Cohabitation intergénérationnelle
Bertrand	Père	Arme à feu	Marié
Odile	Grand-oncle	Pendaison	Marié
Serge	Grand-père	Pendaison	Marié
Maryline	Père	Pendaison	Marié + compagne
Martine	Grand-mère	Couteau	Cohabitation intergénérationnelle

Source : Pott *et al.*, 2015

## S'autoriser à parler du suicide : un attribut familial différencié en fonction du contexte

10 Avant même d'aborder le contenu des discours des informateurs, la comparaison des corpus montre que les deux « terrains » n'ont pas donné accès aux mêmes informateurs. En effet, sur les huit informateurs suisses, six ont une proximité « directe » avec le suicidé puisqu'il s'agit de quatre filles et de deux conjointes. À l'inverse, sur le terrain français, il fut très difficile d'accéder aux conjoints et aux enfants. Sur les sept informateurs mentionnés, cinq sont issus de la génération 2, c'est-à-dire celle des petits-enfants.

11 Ce constat n'est pas anodin. L'étude suisse prévoyait de rencontrer plusieurs membres d'une même configuration d'aide et de soutien, afin de croiser les regards sur leur expérience d'assistance au suicide. S'il a été ainsi possible de recruter des proches prêts à témoigner, il a été par contre très difficile pour eux de solliciter les autres membres de la configuration. Les raisons invoquées étaient de trois ordres : soit l'impossibilité de rouvrir ce chapitre de l'histoire familiale qui avait nécessité un important travail de négociation pour convaincre l'ADMD, soit le sentiment que l'accompagnement fourni était une affaire personnelle et intime, ou enfin le fait que certains membres de la famille aient été exclus de la préparation du suicide, parce qu'ils étaient perçus comme réticents à l'idée même du suicide assisté.



- 12 Pour la partie française de la recherche, l'objectif était de réaliser des études de cas par le recueil du discours de plusieurs membres de la famille, cette stratégie s'est soldée par un échec. Les autres membres de la famille se sont toujours soustraits à l'entretien, soit qu'ils refusent de participer ou de donner leurs coordonnées, soit que l'informateur n'ait pas souhaité leur en parler. Les motifs récurrents évoqués par nos informateurs étaient que le suicide du parent âgé n'était pas abordé dans la famille et s'instituait comme une sorte de tabou. Lorsque le conjoint du suicidé était encore en vie, comme c'est le cas de quatre des situations évoquées, le conjoint survivant expliquait à ses proches vivre ce suicide comme une forme de trahison à son égard. Dans ces quatre cas, le suicidé est un homme ayant dépassé l'âge de 90 ans. Pour ces générations, il apparaît que les rôles de genre au sein du couple étaient très normatifs avec les modèles du mari « pourvoyeur » et de l'épouse « ménagère ». En cela, les femmes se trouvaient socialement assignées aux tâches de *care* envers leurs maris vieillissants. Le suicide de ces derniers a ainsi pu être perçu par l'entourage familial, mais plus encore le voisinage, comme une remise en question de leurs capacités à être de bonnes épouses soutenantes à l'égard de leurs maris.
- 13 Ainsi que nous le montre la littérature et le corpus français, le suicide, qui plus est lorsqu'il a lieu en situation de cohabitation, est perçu par les membres de la famille cohabitant comme une remise en question de leurs rôles de proches. À la différence des conjoints et enfants cohabitants, les petits-enfants (ou enfants) non-cohabitants s'avéraient moins « tenus » par la situation et plus à même d'en parler. Plus encore que les autres types de décès de personnes âgées, le suicide produit en France un trouble au sein de la famille en ce qu'il peut être vécu comme la concrétisation de situations allant à l'encontre d'une *doxa* présentant le cercle familial comme un espace de solidarité et de soutien mutuel. *A contrario*, en Suisse, le suicide assisté est préparé avec les proches cohabitants et ceux qui sont perçus comme favorables à l'idée. Le rôle des proches évolue alors (Gamondi *et al.*, 2018), pour aller au-delà de l'aide dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. En effet, un soutien administratif destiné à convaincre l'association du bien-fondé de la demande de suicide doit être fourni, et des soins doivent être apportés pour la personne qui reste capable de s'administrer seule les barbituriques à dose létale. La solidarité et le soutien familial permettent ici le suicide assisté, ce que les ADMD soulignent lors des premières rencontres avec le membre qui demande une assistance.

## Effets de l'institutionnalisation du suicide sur la place des proches

### En France, des suicides difficiles à normaliser

- 14 Dans les sept cas de suicides français, tous les récits concordent à dire que le suicide était inattendu même si, dans certains cas (nous y reviendrons), il peut être considéré *a posteriori* comme « prévisible ». Pour ces suicides survenus au domicile en présence de membres de la famille, les proches – en particulier lorsqu'ils sont cohabitants – voient peser sur eux le soupçon selon lequel ils pourraient avoir participé à la mort, soit par un acte direct – le meurtre –, soit par une forme de suicide accompagné, soit par négligence ou maltraitance. Ainsi, l'enquête de police ou les propos du médecin certificateur peuvent être vécus comme une forme de mise en cause, comme en témoigne ici le propos d'Odile :

*Un médecin a dit que c'était une mort suspecte, on pouvait pas forcément attester tout de suite d'un suicide, c'était une mort suspecte... [...] qu'on ne peut pas dire que c'est un suicide, c'est peut-être un homicide déguisé...*

Le père de Bertrand qui vivait avec son épouse s'est suicidé au moyen d'une arme à feu que lui avait procuré Bertrand il y a plus de trente ans. L'interrogatoire de police a nécessairement porté sur la provenance de l'arme, le lieu où celle-ci était rangée mais aussi les liens qu'il entretenait avec son père.

- 15 Plusieurs de ces suicides ayant eu lieu en milieu rural, dans un contexte de forte interconnaissance locale, il était fréquent que la famille s'inquiète de la manière dont l'évènement serait perçu par l'entourage et que la réputation de la famille en soit entachée. Le suicide d'un parent âgé faisant peser sur les proches le soupçon d'un manque de considération à l'égard du défunt. C'est d'ailleurs à ce titre que le médecin venu constater le décès de la grand-mère d'Émeline a indiqué « arrêt cardiaque » pour, selon les dires de notre informatrice, « éviter à la famille de devoir passer par l'enquête de police ». En effet, tout suicide implique la réalisation d'une enquête de police puisque dans le lexique judiciaire, il est considéré, de fait, comme une mort violente quel que soit son mode opératoire.
- 16 Au regard des attentes normatives à l'égard de la famille, le suicide revêt ici une dimension déviante qui conduit les proches à se retrouver en posture de coupables potentiels à l'égard de la loi et, plus généralement, à l'égard des stéréotypes instituant la famille comme premier soutien au mal-être de ses membres.

### En Suisse, des suicides institutionnalisés

- 17 Si les stéréotypes familiaux pèsent aussi sur les proches des âgés en Suisse, la légalité du suicide assisté ouvre la voie à une autre place pour la famille dans la mesure où seuls certains membres participent à la préparation du suicide, du fait de leur cohabitation, de leur adhésion aux valeurs de l'ADMD ou encore suite à des promesses de non-abandon.
- 18 Qu'ils fussent ou non d'accord avec l'idée de choisir le moment et les conditions de la mort, les huit proches interviewés en Suisse ont été informés de l'intention de mourir, et tous ont participé à la préparation du suicide. Les soupçons qui pourraient exister en amont de l'acte à l'égard des proches sont levés par la procédure qui accompagne la préparation du suicide. Au lieu d'être contraints à une justification *a posteriori* de leur non-



implication dans le suicide comme c'est le cas en France, ils se trouvent engagés dans des discussions relatives aux conditions et notamment celles du « bon moment » (Pott, 2013). Par ailleurs, si le suicide assisté est également considéré comme une mort violente qui donne lieu à une enquête de police, les associations préparent le suicidant et ses proches aux questions qui vont être posées par la police et le médecin légiste. Les soupçons que l'enquête doit lever concernent moins la négligence ou la maltraitance, que le fait d'avoir poussé le proche à se suicider pour hériter de lui, par jalousie ou par haine.

19 La mise en place d'une « bonne pratique » par les associations fait que ces enquêtes ont été modifiées, voire simplifiées : un dossier précisant toutes les actions entreprises est préparé, les bénévoles sont connus par la police, ce que confirme une bénévole de l'ADMD :

*Quand c'est la première fois qu'ils [les policiers] remplissent tout ça, ils écrivent des textes avec les détails. On voit ceux qui l'ont déjà fait plusieurs fois, c'est beaucoup plus court. Ils ont aussi besoin d'être rassurés. Mais en général, ils sont contents quand c'est EXIT, parce que quand ils arrivent sur des suicides ou des accidents, c'est des conditions dramatiques. Là ils apprécient ; tout est en ordre, les papiers, [...] il y a aucun problème, c'est presque des vacances...*

L'accompagnement réalisé par l'ADMD participe ainsi à une institutionnalisation du suicide, qui concourt à une forme de normalisation en permettant aux proches de se soustraire à certaines formes de mises en accusation sociale. Sans que l'ensemble de la société ne s'accorde sur les considérations éthiques du suicide assisté, l'augmentation du nombre de cas et leurs représentations dans les médias ou les films ont contribué à créer un contexte social favorable. Violetta a vu à la télévision des scènes de suicide assisté qu'elle aimerait vivre avec sa mère. Marianne et Émile sont inscrits à l'association, Aliénor et Louis ont déjà vécu le suicide assisté de leur époux et père, décrit comme une aventure familiale dans la continuité de l'aventure de la vie, puis de la maladie.

## Une interprétation du suicide influencée par le contexte

Le guide d'entretien utilisé en France visait à collecter le récit (c'est-à-dire l'histoire telle que perçue et racontée par l'informateur) de la vie du suicidé et du suicide ainsi que les raisons et/ou motifs du point de vue de l'informateur. Si certains informateurs expliquaient ne pas être certains des raisons ayant conduit leur parent au suicide, tous ont fait part de leur interprétation.

## Des interprétations relatives au genre du suicidé et à la configuration familiale

20 Le premier élément saillant est que, contrairement aux interprétations dominantes de la suicidologie française, aucun des informateurs n'a fait mention d'un trouble mental chez le suicidé. En l'absence de courrier explicatif, les proches interrogés se sont efforcés de rechercher une justification rationnelle de l'acte. Si Dominique, Maryline et Émeline ont pointé la personnalité ou le caractère « particulier » du parent suicidé comme un des éléments d'explication, tous ont rapporté des raisons relatives aux dernières années du parcours de vie des défunts. Odile fut la seule à envisager que l'affaiblissement physique et le sentiment d'inutilité, qu'elle pointait comme les raisons du suicide de son grand-oncle, aient pu être générateurs d'un mal-être, voire d'une dépression, tout en précisant que le médecin avait vu son grand-oncle la semaine précédant son décès sans diagnostiquer de dépression. Concernant les hommes suicidés, les informateurs ont systématiquement mentionné l'affaiblissement physique et la réduction des activités, voire la fragilisation de l'identité sociale qui y était associée. Ces explications n'excluent pas pour autant d'autres éléments explicatifs, tels que les circonstances familiales. Ainsi, fut également pointée par nos informateurs l'attitude des épouses de ces hommes décédés décrites *a minima* comme peu empathiques, voire presque tyranniques. Alors qu'Odile explique que sa grand-tante ne comprenait pas que son mari ne parvienne plus à réaliser certaines tâches liées à l'entretien de sa maison, Maryline accuse la compagne de son père d'une forme d'abandon lorsque celui-ci n'a plus été capable de conduire. Bertrand, qui est un des rares fils inclus dans la recherche, explique qu'outre les souffrances physiques de son père, celui-ci était en situation de souffrance morale face au peu de considération que lui accordait son épouse et aux remarques désobligeantes qu'elle lui adressait.

21 Les explications données par nos informatrices sur le suicide des femmes, qui ne vivaient pas en couple mais en situation de cohabitation intergénérationnelle, sont différentes. Si l'affaiblissement physique lié au grand âge ainsi que la perte de sens ont pu être mentionnés, ce ne sont pas les raisons mises en avant. Il est davantage question de la personnalité des défuntes et, plus encore, du lien distendu, voire conflictuel, avec des enfants cohabitants.

22 Dans le cas de Martine, Dominique et de Maryline, les suicidés (grands-mères et père) avaient maintes fois, au cours de leur vie, « menacé » (c'est le terme employé par les informatrices) de se suicider. Dans le cas de la grand-mère de Dominique, ces propos avaient poussé le père de cette dernière à poser des barreaux à toutes les fenêtres du premier étage, sauf dans la salle de bains, où l'on croyait la fenêtre – d'où elle se suicida – inaccessible. Maryline explique, quant à elle, avoir toute sa vie entendu son père dire qu'il allait se suicider, au point que cela était devenu, selon elle, une boutade familiale et que les autres membres de la famille lui répondaient : « surtout ne te loupe pas ». Alors que Maryline disait ne jamais avoir vraiment cru au passage à l'acte du côté de son père et interprète ce geste comme une conséquence de sa rupture avec sa nouvelle compagne, Dominique voit davantage le suicide de sa grand-mère comme le paroxysme de tensions familiales liées à une cohabitation intergénérationnelle difficile. Le suicide de la grand-mère de Dominique a eu lieu quelques jours après Noël, dans la maison où la famille s'était réunie et dont une grande partie des membres étaient encore présents. Ainsi, au cours de l'entretien, Dominique associait la plainte récurrente de sa grand-



mère au sujet d'un manque d'attention des proches et ce suicide, réalisé en présence des descendants. La petite-fille en déduisait une sorte d'acte de dénonciation de sa grand-mère visant à faire souffrir les survivants en les rendant responsables de la dégradation de sa vie. Les propos d'Émeline font écho à ce récit dans lequel le suicidé passe du statut de victime à celui de « persécuteur ». Sa grand-mère s'est suicidée à 82 ans en avalant toute sa boîte de médicaments après avoir dîné avec son fils et sa belle-fille. Émeline qualifie la cohabitation avec sa grand-mère de « compliquée » en raison de la différence de génération, mais aussi parce qu'elle considérait sa grand-mère comme quelqu'un de « pas simple ». Elle explique ainsi avoir fouillé la maison avec assiduité après le décès pour éventuellement retrouver un courrier de sa grand-mère dont son père aurait pu, dit-elle, « ne pas se remettre ».

*Et sincèrement j'ai cherché et j'ai cherché avec assiduité, parce que vu le contexte, je me suis dit que c'était bien possible qu'elle ait laissé quelque chose et que je ne suis pas sûre que mon père s'en remettrait. Avec peut-être des accusations [...] parce que, parce que comme je vous l'ai dit ma grand-mère avait un caractère vraiment particulier et euh ouais avec... ouais je pense qu'elle était assez manipulatrice en fait...*

Ces derniers récits s'inscrivent dans le modèle du suicide « agressif » par chantage, tel que développé par Baechler (1975), ou du suicide vindicatif, tel qu'exposé dans certaines cultures, notamment dans les îles Trobriand (Malinowski, 1926).

## Des interprétations divergentes au sein de la famille

23 Il convient de mentionner un dernier point à propos des interprétations recueillies : nos informateurs ont insisté sur le fait qu'il s'agissait de leurs interprétations, mais qu'ils savaient que certains membres de la famille ne les partageaient pas. Bertrand a ainsi expliqué que son frère et sa mère n'avaient pas la même vision du suicide de son père. Ces derniers mettent davantage en avant sa faiblesse de caractère et présentent son suicide comme un raptus. Derrière ces divergences, transparaissent des liens familiaux électifs et des filiations symboliques. Ainsi, Bertrand avoue avoir toujours été plus proche de son père que de sa mère, tandis que son frère est, quant à lui, proche de sa mère. Dans son récit, les raisons du suicide semblent intrinsèquement liées à ces liens et aux reproches qu'il leur adresse lorsqu'il explique qu'ils n'ont jamais « vraiment compris [son père] ».

24 Si, de son côté, Maryline met en cause l'abandon de la compagne de son père, elle reconnaît que cette dernière lui reproche la même chose. Derrière les motifs de suicide, c'est l'histoire familiale qui est mise en question. Le récit permet de comprendre qu'au moment du décès, le père, qui avait quitté son épouse pour se remettre en couple, vivait seul la plupart du temps, car sa nouvelle compagne avait conservé son logement. Ainsi, la compagne et la fille s'accusent mutuellement d'une forme d'abandon, l'une parce qu'elle considère que c'est le rôle d'une fille que d'aider son père, l'autre parce qu'elle estime qu'il en allait du rôle de la compagne que de soutenir son père.

25 À part Émeline, qui laisse entendre que ses parents ont la même analyse qu'elle du suicide de la grand-mère – une sorte de suicide vindicatif commis par une personne « particulière » (selon ses mots) –, les autres informateurs de la génération 2 expliquent que les motifs de suicide qu'ils envisagent sont assez différents de ceux de la génération 1 qui serait moins à même de rechercher des raisons et des explications à cet acte. Comme nous l'avons vu, il semble se dégager de manière assez fréquente une plus grande empathie de la part des petits-enfants (et neveux) que de la part des enfants et conjoints. Conjoints et enfants cohabitants – peut-être parce qu'ils sont davantage mis en question et en cause par l'acte – ont été à ce titre plus difficiles à inclure dans la recherche comme si la « distance symbolique » facilitait l'expression d'un discours analytique.

## En Suisse, une interprétation cadrée par le contexte juridique et l'intégration du suicide dans l'histoire familiale

26 Si les interprétations du suicide collectées sur le terrain français ont toutes été construites *a posteriori*, celles qui se font jour dans les récits des proches en Suisse sont le fruit d'un processus débuté avant même que ne survienne le décès. En cela, le suicide n'est possible qu'avec la certitude que la personne dispose de sa capacité de discernement et avec un minimum de consensus au sein des proches mis dans la confiance des raisons qui conduisent la personne vers un suicide assisté. Les ADMD insistent d'ailleurs beaucoup pour qu'au moins un proche participe aux démarches et approuve la décision. Emmanuelle décrit le souci de sa mère d'obtenir l'approbation de tous ses enfants, avant de déposer une demande de suicide assisté auprès de l'association. Aliénor raconte comment elle a aidé sa belle-mère à préparer son suicide, en lui expliquant quels arguments elle devait présenter dans sa lettre de motivation.

27 Six proches partageaient les valeurs de l'ADMD et considéraient la décision de se suicider comme strictement personnelle, motivée en raison de douleurs insupportables, pour éviter une mutilation ou après s'être bien battu pour garder sa santé. Emmanuelle décrit une mort « plus convenable » que celle qui s'annonce pour sa mère du fait de l'avancée du cancer. Louis trouve que sa grand-mère a été « transfigurée » lorsque sa demande a été acceptée. Il a souhaité assister à son suicide, pour « ne pas rester dans l'inachevé ». Lisa et Ariana, opposées à l'idée du suicide assisté, le considèrent comme un suicide avant tout, avec ses caractéristiques de violence et de rupture. Lisa est opposée à l'idée, elle fera tout pour empêcher son père de se suicider et argumentera jusqu'à la veille de sa mort pour le faire changer d'avis. Elle considère que l'âge permet de mieux supporter les souffrances et les mutilations liées ici à une pathologie cancéreuse. Ariana ne supporte pas l'idée de le perdre. Toutes deux accompagneront quand même leur père et compagnon, par amour et par respect pour son autodétermination. Ariana, sa compagne n'assistera pas au suicide pour « éviter de l'empêcher de boire la potion ».

L'analyse montre que les discussions et les préparatifs qui précèdent le suicide assisté ne concernent pas l'ensemble du groupe familial mais révèlent au contraire des formes de liens électifs qui ne se superposent pas



nécessairement aux liens affectifs. Ainsi, qu'il y ait accord ou non sur l'acte, les motifs de la demande de suicide assisté sont discutés avec le suicidant et sont, d'une certaine manière co-construits avec lui à l'intérieur du cadre contraint par la législation. C'est à ce titre qu'il est possible de parler d'une institutionnalisation et d'une forme de médicalisation du suicide assisté. En effet, les motifs exprimés lors des entretiens présentent une forte cohérence avec le dossier médical constitué. Il convient de rappeler que la médecine a validé par trois fois la rationalité de la demande. Ainsi, il est fréquemment fait mention de la souffrance subie par la personne, des pathologies et restrictions d'autonomie dont elle se plaint ou encore de son espérance de vie réduite. La souffrance psychologique et/ou le refus de la grabatisation sont également des éléments évoqués. En revanche, les potentielles inimitiés familiales, le sentiment d'abandon ou encore un état dépressif se trouvent forcément mis sous le boisseau pour la simple raison que le contexte ne permet pas leur expression et qu'ils pourraient constituer un motif égoïste au sens de la loi (haine, jalousie) ou une cause de non-entrée en matière (capacité de discernement).

## Discussion

- 29 Cette comparaison France/Suisse de la place des proches et de leurs interprétations du suicide des parents âgés auquel ils ont été confrontés révèle la manière dont le contexte sociétal conditionne les récits. Nous avons ainsi montré que le suicide, qu'il soit assisté ou non, est générateur de liens électifs mais aussi de potentielles « mises à distance » avec les différents membres de la famille. Cependant, ces reconfigurations ne se déroulent pas de la même manière selon que le suicide relève d'un processus discuté en amont, comme c'est le cas dans le suicide assisté en Suisse, ou d'une reconstruction *a posteriori* dans le cas français. Cette dimension temporelle n'est pas sans conséquence sur les interprétations recueillies par les chercheurs qui sont eux-mêmes soumis à un effet de sélection dans leur quête d'informateurs. C'est en cela que les interprétations des proches s'avèrent être le fruit d'effets de contexte. Ainsi que nous l'avons vu, les récits des proches en Suisse s'avèrent davantage consensuels sur les raisons qui ont poussé le parent âgé au suicide et participent à construire une vision d'un suicide davantage accepté et accompagné par la famille. À l'inverse en France, la soudaineté du décès et son caractère socialement déviant rendent difficile le recueil de discours interprétatifs distancés pour les personnes qui cohabitaient avec le défunt dont le suicide constitue une mise en question de la qualité du lien familial. C'est ainsi que les petits-enfants s'avèrent plus à même de proposer leurs interprétations de ce suicide, interprétations qui, dans certains cas, peuvent souligner les tensions familiales relatives au travail de *care* ou à des formes de cohabitation en partie subies. On peut émettre l'hypothèse que si ces discours sont moins présents sur le terrain suisse, c'est parce que le contexte, tant du suicide assisté que de l'accès aux informateurs, ne le permet pas. Par ses formes d'institutionnalisation et de médicalisation, le suicide suisse est davantage normé et pacifié au sens d'Elias (1973).
- 30 Considérer à la fois le contexte sociétal/légal du suicide et le contexte des entretiens conduits avec les proches implique de relativiser la valeur explicative que le chercheur serait tenté de discerner dans les interprétations des proches. Elles se révèlent être le reflet de normes implicites relatives au locuteur se sentant autorisé à s'exprimer sur ce qu'il est socialement acceptable de penser et de dire. En cela, il semble indispensable de conserver une analyse critique des protocoles de recherche basés sur les autopsies psychologiques (Cavanagh *et al.*, 2003) et sociologiques (Fincham *et al.*, 2011).
- 31 En proposant une analyse comparative entre suicide et suicide assisté, cet article va à l'encontre de la plupart des approches en suicidologie, dont celle de l'Association américaine de suicidologie (AAS) qui recommande une distinction entre le suicide et la « mort volontaire médicalement assistée ». Derrière ce qui peut apparaître comme une simple question de lexique se dissimulent des enjeux épistémologiques, théoriques, méthodologiques, voire politiques. En effet, ne pas considérer le suicide assisté comme un suicide permet de le distinguer et d'affirmer, à l'instar d'un expert gérontopsychiatre assurant des formations sur le suicide des personnes âgées en France, que 100 % des suicides sont le fruit de troubles mentaux<sup>9</sup>. Or, et bien qu'il faille considérer avec prudence les interprétations données par les proches ainsi que nous l'avons vu, les suicides relatés dans nos corpus ne convergent pas vers cette affirmation.
- 32 Que le suicide soit « institutionnalisé » parce qu'encadré par la loi et accompagné de procédures tendant à une forme de préservation morale (interdit portant sur des motifs égoïstes) ou qu'il perturbe l'ordre établi en ce qu'il contrevient aux normes contemporaines de la bonne mort (Castra, 2004), les interprétations qui en sont faites, tant par les proches que par les professionnels de la suicidologie, tendent à normaliser cet acte pour assurer la paix des vivants. Cependant, ces processus de normalisation s'inscrivent dans des logiques différentes selon les contextes sociaux. C'est ainsi que le suicide assisté se voit rationalisé en Suisse et que le suicide en France est davantage pathologisé par la suicidologie. En cela, le poids des discours d'experts pourrait – ainsi que l'a montré Garfinkel (1967) – conduire à fournir à certains proches des prêts-à-penser utiles pour échapper aux mises en cause sociales que représente un suicide familial.

## Bibliographie

- BAECHLER J. (1975), *Les Suicides*, Paris, Éditions Calmann-Lévy.
- BALARD F., VOLÉRY I. & É. FORNEZZO (2020), « The Construction of Suicide among the Elderly as a Public Problem », *Gérontologie et société*, vol. 42, n° 163-3, p. 187-204.
- BRENT D.A. & J.J. MANN (2005), « Family Genetic Studies, Suicide, and Suicidal Behavior », *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, vol. 133C, n° 1, p. 13-24.  
DOI : 10.1002/ajmg.c.30042
- CAMPÉON A. (2013), « Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieillesse déchuée ? », *Interrogations*, n° 14. URL : <https://revue-interrogations.org/Se-suicider-au-grand-age-l-ultime>, 194
- CASTRA M. (2004), « Les soins palliatifs et l'euthanasie volontaire : l'affirmation de nouveaux modèles du "bien mourir" », in PENNAC S. (dir.), *Des vivants et des morts. Des constructions de la bonne mort*, Brest, Université de Bretagne Occidentale,



p. 113-120.

CAVANAGH J. T. O., CARSON A. J., SHARPE M. & S. M. LAWRIE (2003), « Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review », *Psychological Medicine*, vol. 33, n° 3, p. 395-405.

DOI : 10.1017/S0033291702006943

CEREL J., JORDAN J. R. & P. R. DUBERSTEIN (2008), « The Impact of Suicide on The Family », *Crisis*, vol. 29, n° 1, p. 38-44.

DOI : 10.1027/0227-5910.29.1.38

CHARAZAC-BRUNEL M. (2014), *Le Suicide des personnes âgées*, Toulouse, Éditions Érès.

DEES M., VERNOOIJ-DASSEN M., DEKKERS W. & C. VAN WEEL (2010), « Unbearable Suffering of Patients With a Request for Euthanasia of Physician-Assisted Suicide: An Integrative Review », *Psycho-Oncology*, vol. 19, n° 4, p. 339-352.

DUBOIS J. (2008), *La « bonne mort » en question : état des lieux de la problématique de l'assistance au suicide en Suisse*, Mémoire de Master 2 de l'EHESS, mention « Santé, population, politiques sociales », Paris, EHESS.

DURKHEIM E. (1897), *Le Suicide : étude de sociologie*, Paris, Éditions Félix Alcan.

ELIAS N. (1973), *La Civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.

FINCHAM B., LANGER S., SCOURFIELD J. & M. SHINER (2011), *Understanding Suicide: A Sociological Autopsy*, édition de 2011, Houndmills, Basingstoke & New York, Palgrave Macmillan Publisher.

DOI : 10.1057/9780230314078

GAMONDI C., POTT M., PRESTON N. & S. PAYNE (2018), « Family Caregivers' Reflections on Experiences of Assisted Suicide in Switzerland: A Qualitative Interview Study », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 55, n° 4, p. 1085-1094.

DOI : 10.1016/j.jpainsymman.2017.12.482

GANDSMAN A. (2018), « "Old Age is Cruel": The Right to Die as an Ethics for Living », *The Australian Journal of Anthropology*, vol. 29, n° 2, p. 209-221.

DOI : 10.1111/taja.12281

GARFINKEL H. (1967), « Practical Sociological Reasoning: Some Features in the Work of the Los Angeles Suicide Prevention Center », in SHNEIDMAN Edwin S. (dir.), *Essays in Self-Destruction*, New York, Science House, p. 171-187.

HANNIG A. (2019), « Author(iz)ing Death: Medical Aid-in-Dying and the Morality of Suicide », *Cultural Anthropology*, vol. 34, n° 1, p. 53-77.

JUNKER C. (2016), « Suicide assisté et suicide en Suisse. Statistique des causes de décès 2014 », Neuchâtel, Office fédéral de la statistique. URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.gnpdetail.2016-0138.html>

MALINOWSKI B. (1926), *Crime and Custom in Savage Society*, New Brunswick, Transaction Publishers.

DOI : 10.4324/9781315013237

MISHARA B.L. & J. HOULE (2008), « Le rôle des proches dans la prévention du suicide », *Perspectives Psy*, vol. 47, n° 4, p. 343-349.

DOI : 10.1051/ppsy/2008474343

ONS (2018), « Suicide, enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence [Suicide, ethical issues of prevention, peculiarities of suicide in adolescence] », 3<sup>e</sup> rapport, Observatoire National du Suicide. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons3.pdf>

POTT M. (2013), « Quand la fin de vie approche à domicile, arrangements entre proches et professionnels », in POTT M. & J. DUBOIS (dir.), *Parcours de fin de vie et dispositifs de fin de vie. Le point de vue croisé des acteurs concernés*, Sierre, Éditions À la Carte, p. 24-35.

POTT M., STAUFFER L. & C. GAMONDI (2015), « Quand accompagnement de fin de vie rime avec assistance au suicide : l'expérience des proches en Suisse latine », *Anthropologie & Santé*, n° 10.

DOI : 10.4000/anthropologiesante.1704

POTT M., CAVALLI S., STAUFFER L. & S. L. BELTRAMI (2018), « Les membres âgés des ADMD : des personnes déterminées et un défi à relever pour les soignants », *Gérontologie Appliquée*, vol. 3, n° 1, p. 19-20.

PRABHU S.L., MOLINARI V., BOWERS T. & J. LOMAX (2010), « Role of the Family in Suicide Prevention: An Attachment and Family Systems Perspective », *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 74, n° 4, p. 301-327.

DOI : 10.1521/bumc.2010.74.4.301

QIN P., AGERBO E. & P.B. MORTENSEN (2002), « Suicide Risk in Relation to Family History of Completed Suicide and Psychiatric Disorders: A Nested Case-Control Study Based on Longitudinal Registers », *Lancet (Londres)*, vol. 360, n° 9340, p. 1126-1130.

RICHARDS N. (2017) « Old Age Rational Suicide », *Sociology Compass*, vol. 11, n° 3, p. e12456.

DOI : 10.1111/soc4.12456

RUNESON B. & M. ASBERG (2003), « Family History of Suicide among Suicide Victims », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 160, n° 8, p. 1525-1526.

DOI : 10.1176/appi.ajp.160.8.1525

STAVRIANAKIS A. (2020), *Leaving: A Narrative of Assisted Suicide*, Oakland, University of California Press.

SWARTE N. B., VAN DER LEE M. L., VAN DER BOM J. G., VAN DEN BOUT J. & A.P.M. HEINTZ (2003), « Effects of Euthanasia on the Bereaved Family and Friends: A Cross Sectional Study », *BMJ: British Medical Journal*, vol. 327, n° 1-5.

DOI : 10.1136/bmj.327.7408.189

TIMMERMANS S. (2005), « Death Brokering: Constructing Culturally Appropriate Deaths », *Sociology of Health & Illness*, vol. 27, n° 7, p. 993-1013.

DOI : 10.1111/j.1467-9566.2005.00467.x

## Notes

1 Pour la France et la Suisse, pays concernés par cet article, toutes les tranches d'âges supérieures à 45 ans ont un taux de suicide plus élevé que la moyenne nationale. Il est deux fois plus élevé pour les 75 ans et plus et trois fois plus élevé pour les 85 ans et plus.

2 Les chiffres de l'ONS sont basés sur les certificats de décès. L'ONS estime que la sous-estimation des décès par suicide est de l'ordre de 10 à 30 %, car certains suicides ne sont pas qualifiés comme tels dans les certificats de décès.

3 URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>

4 URL : <https://www.ccne-ethique.fr/node/175>

5 Quelques cantons ont légiféré sur les demandes émanant de personnes vivant en établissements sociosanitaires subventionnés.

6 URL : <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide>

7 Certaines catégories étaient issues de la revue de littérature et d'autres ont été repérées lors de l'analyse, dans un





principe itératif entre la théorie et les données. Le logiciel permet d'ajouter des catégories tout au long de l'analyse, de les commenter et de les regrouper au besoin. Il ne s'agissait pas d'une analyse selon les principes de la théorie ancrée.

8 Ce projet a été financé par la Fondation de France.

9 Expert interrogé dans le cadre du projet Suicidâge.

---

### **Pour citer cet article**

#### *Référence électronique*

Frédéric Balard, Murielle Pott et Eva Yampolsky, « Le suicide des personnes âgées en France et en Suisse : ce que le contexte sociétal dit de la place des proches », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 01 mai 2023, consulté le 12 juin 2023. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/20520> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.20520>

---

### **Auteurs**

#### **Frédéric Balard**

Maître de conférences, Université de Lorraine, Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales, 2L2S-Nancy, France. Email : [frederic.balard@univ-lorraine.fr](mailto:frederic.balard@univ-lorraine.fr)

#### **Murielle Pott**

Professeure HES ordinaire, Haute École de Santé Vaud (HESAV), Haute École Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse. Email : [murielle.pott@hesav.ch](mailto:murielle.pott@hesav.ch)

#### *Articles du même auteur*

**L'assistance à mourir : conditions pour une comparaison internationale** [Texte intégral]

Introduction

Paru dans *SociologieS*, Dossiers

#### **Eva Yampolsky**

Chercheure avancée, Institut Éthique Histoire Humanités, iEH2, Université de Genève, Suisse. Email : [eva.yampolsky@unige.ch](mailto:eva.yampolsky@unige.ch)

---

### **Droits d'auteur**



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

