

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

N° 010

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Stéphanie ROBINET, épouse CORDELLIER

Née le 2 février 1986 à ANGERS

Présentée et soutenue publiquement le 26 Janvier 2016

SUICIDE EN EHPAD :

IDENTIFICATION DES DIFFICULTES DES SOIGNANTS

depuis une étude qualitative réalisée à partir de 11 entretiens semi dirigés autour de 2 cas de personnes suicidées en EHPAD.

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Nicolas PIERRARD

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Marie VANELLE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de votre implication dans l'enseignement de psychiatrie au sein de nos études médicales.

Au Docteur Nicolas PIERRARD,

Merci de t'être lancé dans cette longue aventure avec moi ! Tes conseils et ton écoute m'ont beaucoup aidés.

Au Docteur Cyrille VARTANIAN,

Je vous remercie de votre participation à ce jury.

Au Docteur Céline BOUTON,

Merci de votre présence dans ce jury.

Je remercie vivement tous les soignants ayant accepté de participer à cette étude. Votre disponibilité et le partage de vos émotions ont été la clef de voûte de mon travail.

Merci à mes parents qui m'ont toujours soutenue dans ces longues années d'études et m'ont transmis le « goût des autres ». Merci également pour votre aide technique lors de la préparation de cette thèse. Votre soutien me porte tous les jours. Merci pour tout.

Merci à ma famille pour avoir partagé cette longue aventure avec moi. Merci à mes sœurs Camille et Géraldine pour tous les bons moments partagés ensemble. Mamie, merci pour ta présence et ton soutien. Papi, je pense à toi.

Jérôme, merci d'être là à mes côtés, merci pour notre bonheur partagé d'abord à deux, puis à trois. J'espère en avoir encore des milliers à vivre avec toi.

Merci à mes amis, carabins ou non, à nos soirées, à nos stages, à nos nombreuses anecdotes partagées. La médecine m'aura apporté de belles rencontres, Noëlla, Mattéo, Guillaume, Mélissa, Pierre, Marine, Anne-Clé, merci pour tout, on se voit quand ? Candy, merci aussi, ça y est !

SOMMAIRE

Glossaire.....	6
Introduction.....	7
Généralités.....	9
Définitions.....	9
Epidémiologie du suicide.....	9
La crise suicidaire, démarche diagnostique.....	11
Les moyens de prévention.....	12
Les EHPAD.....	14
Matériel et Méthode.....	16
Objectif de l'étude.....	16
Méthode.....	16
Population étudiée.....	16
Méthode d'analyse.....	17
Résultats.....	18
Description des cas.....	18
Le vécu émotionnel.....	18
Le retentissement personnel.....	20
Le retentissement professionnel.....	20
Le dialogue sur le suicide, la mort et la personne âgée.....	25
Les signes d'alerte, la formation.....	27
Discussion.....	30
A propos de l'étude : forces et faiblesses.....	30
A propos des résultats.....	32
Une relation singulière.....	32
Le retentissement sur les soignants.....	33
Le retentissement personnel.....	33

Le vécu émotionnel.....	33
Les stratégies d'adaptation.....	36
Le retentissement professionnel.....	37
Les besoins identifiés.....	38
Le partage du vécu.....	38
Le besoin en formation.....	40
Le besoin en communication.....	41
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	43
Annexes.....	47
Guide d'entretien.....	47
Retranscripts des entretiens.....	48
Serment d'Hippocrate.....	124

GLOSSAIRE

AS : aide-soignante

CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

CNBD : Comité Nationale pour la Bienveillance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IDERCO : Infirmière Diplômée d'Etat Référente / Coordinatrice en établissement gériatrique

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

GDS : Geriatric Depression Scale : échelle de dépression gériatrique

GIR : Groupe Iso Ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONVF : Observatoire National de la Fin de Vie

PSI : Plan de Soins Infirmiers

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UMS : Unité Minimales de Sens

INTRODUCTION

Dans le monde, selon l'OMS, une personne se suicide toutes les 40 secondes.

En France, un suicide sur trois concerne une personne âgée. En 2010, 2873 personnes de plus de 65 ans se sont suicidées (1).

La personne âgée se suicide deux fois plus que l'adolescent. Le suicide de la personne âgée représente 30% des suicides alors que 20% de la population a plus de 65 ans.

Autre chiffre interpellant : les hommes de plus de 95 ans se suicident dix fois plus que la population générale !

Le suicide de la personne âgée est devenu un enjeu de santé publique. Il fait l'objet d'un programme de prévention et d'amélioration de la prise en charge de la crise suicidaire en EHPAD. Un outil tel que la mallette Mobiquat « dépression et prévention du suicide » a été déployé depuis juillet 2013. Un rapport sur la prévention du suicide a été édité en mai 2013, à la demande du Ministère de la Santé, par le Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD) (2).

Selon une étude réalisée en 2004, d'après Casadebeig (3), il y a plus de suicides en EHPAD qu'au domicile. Cette donnée reste troublante et contredite. Selon Véronique GRINER-ABRAHAM et Christophe BOUCHE, on ne se suicide pas plus en institution qu'à domicile, excepté dans les trois mois qui suivent l'entrée. L'entrée en institution est reconnue comme un facteur de risque suicidaire et c'est un lieu de vie qui cumule différents facteurs de risques suicidaires.

Quoi qu'il en soit, le suicide reste une situation dramatique, qui, lorsqu'il survient dans un EHPAD, peut bouleverser les soignants et le fonctionnement de l'établissement. C'est un évènement majeur dans la vie d'un soignant qui peut marquer son parcours professionnel.

Selon l'étude de l'ONVF (4), 40% des résidents ont évoqués leurs idées suicidaires avec le médecin coordonnateur, le médecin traitant ou un proche avant le passage à l'acte. Les soignants de l'EHPAD sont donc les premières personnes à collecter ces informations. Elles sont également les premières à vivre la situation du suicide de la personne dans l'établissement.

Face à cette situation, quelles difficultés les soignants ont-ils rencontrées dans le vécu ou la gestion de cet évènement ?

Pour répondre à cette question, une étude qualitative a été réalisée, basée sur des entretiens semi dirigés, réalisés auprès de soignants ayant pris en charge une personne suicidée en EHPAD.

GENERALITES

I/ Définitions.

I.1/ Définitions du suicide, de la crise suicidaire et de la tentative de suicide

Selon l’OMS, le suicide est l’acte de mettre fin à ses jours.

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. C’est un état réversible temporaire, correspondant à une rupture de l’équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles (5).

Le geste suicidaire est l’expression de souffrances profondes et de convictions d’impasses existentielles (6).

La tentative de suicide est un acte intentionnel posé par la personne dans le but de se suicider mais qui n’aboutit pas à la mort.

I.2/ Définition de la personne âgée.

Il est assez difficile de donner un seuil d’âge limite définissant la personne âgée.

Selon l’OMS, une personne est âgée au-delà de 65 ans. Une autre définition pourrait être l’âge de la retraite, ou bien l’âge d’entrée en EHPAD (60 ans).

Dans la pratique médicale, une personne est considérée comme âgée au-delà de 75 ans.

II/ Epidémiologie du suicide

En France, les tentatives de suicide ne font pas l’objet d’enregistrements systématiques et il est difficile d’obtenir des informations lorsque le suicidant n’a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné dans un service d’urgences. Seules les enquêtes réalisées auprès de la population générale permettent d’avoir des données.

Une autre difficulté au recueil des données est l’identification des décès par suicide. En effet, de nombreux suicides passent inaperçus ou ne sont pas répertoriés comme tels. C’est notamment le cas des syndromes de glissement ou de refus de soins.

Différents organismes, tel que l'INPES, récoltent ces informations. Une des limites des questionnaires est leur critère d'inclusion selon l'âge. Par exemple, l'enquête Baromètre Santé de 2010 incluait les personnes âgées de 15 à 85 ans. Selon cette enquête, 5.5% des 15-85 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie et 0.5% au cours des 12 derniers mois (7). Ces taux augmentent avec l'avancée en âge, puisque 2.4% des hommes et 3.6% des femmes de 75 à 85 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les personnes de plus de 85 ans ont donc échappé à cette étude, il s'agit pourtant d'une des tranches d'âge les plus touchées par le suicide.

Selon les données du CépiDC, en 2011 : 10 359 personnes se sont suicidées. Le suicide représente 1 décès sur 50 morts. Les personnes âgées de plus de 65 ans se suicident 5 fois plus que les adolescents (5-24ans).

La prévalence du suicide chez les personnes de plus de 85 ans est de 40/100 000, soit 2 fois supérieure à celle des 25-44 ans(1). La prévalence du suicide chez la personne de plus de 95 ans est dix fois supérieure à celle de la population générale.

Les taux de suicide augmentent avec l'avancée en âge alors que les tentatives de suicide diminuent.

Les personnes âgées présentent une surmortalité par suicide, c'est la troisième cause de décès après les cancers et les maladies cardiovasculaires.

Les hommes se suicident plus que les femmes (25.2 pour 100 000 hommes contre 8.2 pour 100 000 femmes) (8).

Sur le plan national, les régions du Nord et de l'Ouest de la France sont les plus touchées (8). En 2010, 712 suicides ont eu lieu en Pays de la Loire (9). Notre région se place au 5^{ème} rang en ce qui concerne la mortalité par suicide chez les femmes (7.5/100 000) et 9^{ème} rang pour les hommes (23.2/100 000).

En ce qui concerne le lieu du suicide, différentes études s'opposent. L'étude de Casadebaig de 2004 trouve un surcroît de mortalité par suicide en EHPAD, notamment pour les femmes, où l'EHPAD est un facteur de risque spécifique. En EHPAD, contrairement aux hommes, ce sont les femmes les plus jeunes (65 à 74 ans) qui ont les taux de suicide les plus élevés (3).

Le suicide de la personne âgée a connu une augmentation importante au cours des 30 dernières années (10). Les générations nées après 1945 se suicident plus que les précédentes, ce qui pourrait mener à une possible augmentation des suicides chez la personne âgée dans les années à venir (11).

Les moyens utilisés par les personnes âgées sont plus violents que pour les sujets jeunes, ils soulignent la détermination suicidaire. La pendaison est le premier mode de suicide (8). Les autres moyens utilisés sont l'arme à feu, le saut d'un lieu élevé, l'intoxication médicamenteuse, la noyade.

Le sujet âgé a le souci de ne pas être secouru (12).

III/ La crise suicidaire : démarche diagnostique.

La conférence de consensus d'octobre 2000 a permis de redéfinir et de mettre en place des recommandations face au suicide et notamment selon différents contextes (âge, lieu de vie, type de professionnel impliqué) (13).

a) Identification des critères diagnostiques :

Concernant la séméiologie de la crise suicidaire, on peut noter trois éléments diagnostiques importants :

1. La verbalisation d'idées ou d'intentions suicidaires : elle peut être directe ou non, au travers de dessins ou d'écrits.
2. La crise psychique : elle se reconnaît au travers de divers éléments : sensation de fatigue, de malaise, changement de comportement, troubles de l'humeur, dévalorisation, désinvestissement, troubles mnésiques, troubles alimentaires (anorexie, boulimie), ou troubles du sommeil.
3. Un contexte de vulnérabilité, il se manifeste soit par la présence d'antécédents ou de pathologies psychiatriques ou somatiques lourdes, soit pas la présence d'une histoire de vie difficile ou de traits de personnalité comme une impulsivité.

b) Identification des facteurs de risques :

Il est important, alors, de rechercher des éléments précipitant tels qu'un événement de vie douloureux récent ou l'annonce d'une pathologie. L'entrée en maison de retraite est également reconnue comme un événement précipitant.

Il a été montré que les 6 à 12 mois suivant l'entrée en EHPAD étaient une période à risque dépressif et suicidogène majorée (2).

La conférence de consensus a également dégagé des facteurs de risques suicidogènes spécifiques à la personne âgée :

- Age > 75 ans.
- Sexe masculin.
- Perte du conjoint et veuvage (le veuvage chez les hommes augmente le risque par 3).
- Les maladies somatiques, notamment si elles sont responsables d'un handicap ou de douleurs importantes.
- La proximité d'une échéance.
- Les changements d'environnement comme l'entrée en maison de retraite ou une hospitalisation.

- La perte des rôles : perte du sens de la vie, de la famille ou du lieu de vie. L'absence d'intégration familiale et sociale que le fait de « vivre seul ».
- Les conflits interpersonnels et la maltraitance.
- La dépression est quasi constante même si elle est souvent atypique chez le sujet âgé.

On comprend bien, en lisant ces facteurs de risques, que l'EHPAD puisse être un lieu de vie à risque étant donné la multiplication des facteurs de risques qu'il cumule.

c) Identification du degré d'urgence :

Lorsqu'il est face à une situation de crise suicidaire, le médecin doit alors évaluer la dangerosité de la crise et l'éventualité d'un passage à l'acte (le degré d'urgence). Il se base pour cela sur l'évaluation de différents éléments : le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, les éléments d'impulsivité, la présence de facteurs précipitants, l'existence de moyens létaux à disposition et la qualité du soutien de l'entourage proche.

Trois degrés d'urgence sont alors individualisés :

- Urgence faible :
La personne est toujours communicante et cherche des solutions à ses problèmes, pas de scénario prédéfini, un lien de confiance a été établi avec un praticien.
- Urgence moyenne :
La personne présente un équilibre émotionnel fragile, elle exprime son désarroi et son intention suicidaire est claire Elle a envisagée un scénario mais la date n'est pas fixée. Elle ne voit pas d'autre recours que le suicide.
- Urgence élevée :
La personne est décidée : sa planification est claire et le passage à l'acte est programmé. Elle est coupée de ses émotions et se trouve soit dans une grande agitation psychologique, soit dans un immobilisme lié à la dépression. Elle a le sentiment d'avoir tout essayé et est très isolée. Elle a un accès direct à un moyen léthal.

IV/ Moyens de prévention

Trois niveaux de prévention interviennent dans la prise en charge du suicidant (14) :

La prévention primaire qui a pour but de réduire l'incidence du suicide en ciblant les facteurs de risques.

La prévention secondaire qui vise à réduire la prévalence du suicide par la prise en charge précoce des suicidants.

La prévention tertiaire qui consiste à éviter les récives.

Les deux premiers niveaux de prévention reposent sur la réduction des facteurs de risque de suicide. Leur connaissance par les professionnels intervenant auprès des suicidants est donc souhaitée. La formation fait donc partie intégrante de cette prévention. Pour ce faire, le gouvernement a distribué, avec le programme Mobiquel, des malles destinées aux établissements de santé et aux professionnels intervenant en libéral, auprès des personnes âgées. A propos de notre sujet, une mallette concernant le dépistage de la dépression et du risque suicidaire de la personne âgée a été distribuée, sous deux versions, une concernant les établissements et une autre pour les professionnels intervenants à domicile. Elles contiennent des fiches pratiques pour le repérage du risque dépressif ou suicidaire, des outils d'évaluation, des cas cliniques et des supports de formation (15).

Les professionnels peuvent aussi s'aider d'outils de dépistage.

Pour le risque dépressif, différents outils existent (16) (17) :

La GDS : Geriatric Depression Scale: il s'agit de l'outil diagnostique de référence pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé. C'est un auto-questionnaire de 30 items, cotés oui ou non. Le score obtenu permet une classification des sujets selon le degré de sévérité du syndrome dépressif : 20 à 30 : sévère, 10 à 19 : léger, normal pour un score inférieur à 9.

La mini-GDS est une GDS à 4 items. Il s'agit d'un outil fiable, facile et rapide, bien adapté à la pratique ambulatoire.

L'échelle de Cornell permet le dépistage de troubles dépressifs chez les patients déments. Il s'agit d'une échelle d'hétéro-évaluation qui prend en compte les observations de l'entourage. Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien. Un score inférieur ou égal à 7 signe l'absence de dépression, un score supérieur ou égale à 25 signe une dépression sévère.

Pour le risque suicidaire :

L'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck : cet outil reprend les différents facteurs à analyser. Il comprend aussi une partie d'analyse à postériori et intervient donc également en prévention tertiaire. Cette échelle est reconnue et validée.

L'échelle RSD, Risque Suicidaire de Ducher : 10 items qui permettent de situer le risque suicidaire du patient selon son état.

La prévention repose donc sur la prise en charge des facteurs de risques modifiables, c'est-à-dire :

L'amélioration de soins dispensés aux personnes âgées : améliorer les traitements des pathologies somatiques, améliorer la prise en charge de la douleur, améliorer la prise en charge des handicaps.

L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées : selon une étude incluant 1800 personnes de plus de 60 ans, atteintes de pathologies chroniques, le sentiment de bonheur diminue le rapport entre les idées suicidaires et les troubles rapportés par les patients eux-mêmes. Elle conclut que la présence d'idées positives est prédictive d'une diminution des idées suicidaires (18).

L'amélioration des traitements, notamment une prise en charge thérapeutique optimale des pathologies psychiatriques.

Les différents outils et programmes de prévention existants ou souhaitables ont été repris dans une étude par le Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées. Ce travail s'intitule Prévention du suicide chez les personnes âgées et propose, en conclusion, trois mesures pour une amélioration globale de cette situation (19) :

Mesure 1 : Information et communication à destination du grand public et détermination d'une charte média.

Mesure 2 : Amélioration de la formation initiale et continue de tous les intervenants auprès des personnes âgées : bénévoles et professionnels.

Mesure 3 : Valorisation des actions déjà existantes et structuration des dispositifs de prévention du suicide des personnes âgées et de postvention sur l'ensemble du territoire. Diffusion des outils mis à disposition des professionnels.

V/ Les EHPAD

EHPAD signifie Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Il s'agit d'un établissement accueillant les personnes âgées au minimum de 60 ans, subissant une dépendance physique ou psychique nécessitant une aide pour les actes de la vie quotidienne.

En France, il existait 7752 EHPAD à la fin de l'année 2011 accueillant 592 900 personnes (20). Le rapport entre le nombre de places disponibles et le nombre d'habitants âgés d'au moins 75 ans était de 101 places pour 1000 habitants. La moitié des EHPAD dispose d'une capacité d'accueil supérieure à 72 places.

La dépendance des personnes est évaluée par une grille AGGIR, aboutissant à un classement dans des groupes iso-ressources (GIR) allant de GIR1 (dépendance) à

GIR6 (autonomie). Fin 2011, 89% des personnes hébergées étaient évaluées GIR 1 à 4, dont 55% GIR 1 à 2.

L'âge moyen des résidents est de 85.1 ans (21).

90 000 personnes décèdent chaque année en EHPAD (4).

Le nombre de personnels en équivalent temps plein travaillant dans les EHPAD est de 360 790 en 2011.

Le taux d'encadrement est de 61% en 2011 (ratio soignant/soigné pour 100 résidents).

MATERIEL ET METHODE

Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est d'identifier les difficultés des soignants en EHPAD, face au suicide d'un résident.

Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative (22), réalisée à partir de onze entretiens semi-dirigés.

Une analyse qualitative a été choisie car elle permet d'explorer les émotions, les comportements et les expériences personnelles (23). Contrairement à la recherche quantitative, la recherche qualitative ne cherche pas à recueillir le maximum de données mais à explorer le vécu à l'aide d'un corpus de données. Ce corpus est souvent plus réduit que celui d'une enquête par questionnaire mais une seule information donnée par un entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans les questionnaires (24).

J'ai choisi l'entretien comme méthode de recueil de données car ce dernier est particulièrement pertinent lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs (25) donnent aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs, ce qui est le cas ici, avec le vécu d'une situation de suicide en EHPAD (24).

Population étudiée

Les différents métiers soignants intervenants en EHPAD ont été interviewés. Ils ont été recrutés à partir de deux cas de suicide survenus dans deux EHPAD différents. Au final, la population de l'étude est variée. Elle comprend trois aides-soignantes, deux infirmières, un agent d'entretien, une cadre, une animatrice, deux médecins coordinateurs (dont un était le médecin traitant également) et un deuxième médecin traitant.

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés et enregistrés avec un dictaphone afin de permettre une retranscription la plus fidèle possible. Ces entretiens se sont déroulés soit à l'EHPAD (trois entretiens), soit au cabinet médical du médecin traitant, soit dans un lieu neutre pour les autres. Les durées d'entretiens varient de 13 à 45 minutes, avec une durée moyenne de 25 minutes. Les données retranscrites ont été anonymisées. L'intégralité des retranscrits se trouve en annexe, à partir de la page 49 (26).

Méthode d'analyse

Une analyse thématique a été réalisée car elle est cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de vécus (24).

Les retranscrits ont été codés en thèmes, à partir des unités minimales de sens individualisées, puis regroupés en catégories. Une analyse des thèmes, de leur récurrence, de leur divergence et de leur complémentarité a ensuite été effectuée (27) (28).

RESULTATS

DESCRIPTION DES CAS

Deux cas de suicide ont été utilisés pour recueillir les différents témoignages.

Dans les deux cas, la personne ne présentait pas de troubles cognitifs, elle semblait très bien intégrée dans les établissements, décrite même parfois comme ayant une place « spéciale ».

Une personne s'est noyée, un matin, lors d'une sortie ; l'autre personne s'est coupée les veines, une nuit, entre deux passages soignants.

Dans les deux cas, les personnes étaient isolées sur le plan familial et avaient préparé leur suicide. Une des deux personnes a laissé une lettre explicative aux soignants de la maison de retraite. Dans les deux cas, une annonce récente de diagnostic venait d'être faite.

LE VECU EMOTIONNEL

Cet événement est rattaché à des émotions très négatives dans le vécu émotionnel. Différentes émotions ont été ressenties :

- De la souffrance, douleur morale ressentie :

E1 « réactions de pleurs, d'effondrement »

E8 « il y a eu beaucoup de pleurs »

- De la violence :

E1 « on était toutes en difficultés pour entrer dans la chambre du monsieur [...] une véritable épreuve (vue du suicidé) »

E2 « c'est d'une terrible violence »

E5 « il y a eu récemment un suicide qui a été vécu de manière très très violente par l'équipe »

E6 « j'ai trouvé ça épouvantable »

- De la culpabilité :

E3 « on se culpabilise »

E4 « après, il y a un peu de culpabilité »

E6 « je m'en suis voulue »

E7 « on a toutes eu ce sentiment de culpabilité »

- De la tristesse :

E9 « premièrement la tristesse »

- De la colère

E8 « au départ je l'ai mal pris parce qu'on se connaissait depuis un moment. » « Pourquoi il m'a fait ça, il savait que c'était moi »

E3 « sur le moment, j'en ai voulu à cette personne-là. »

- De l'incompréhension

E8 « l'incompréhension, pourquoi il a fait ça ? »

E1 « on se demande pourquoi »

- Certains ont ressenti de l'incrédulité :

E2 « on se dit on se suicide pas comme ça, c'est pas possible »

E6 « c'est pas possible, ça va pas nous arriver »

E1 « j'ai été très surprise d'apprendre que c'était ce monsieur-là »

- D'autres, du regret :

E5 « on a toujours un regret »

Les soignants ont vécu cet évènement comme un choc. Ils décrivent une sidération et le décrivent comme marquant :

E3 « on est ressorti aussitôt, choquées » « le temps qu'on reprenne nos esprits »

E6 « ça a vraiment été un coup » « je m'en souviendrai jusqu'à la fin de ma carrière »

E8 « super choquant » « c'était très choquant » « aspect choquant de voir cet acte » « c'était très choquant dans la chambre » « c'est dur parce que on est dans le coup du choc, on est choquée, moi je suis choquée, on est choqué, l'image m'a choquée »

E11 « ça m'a marqué, je me rappelle de la date » « je m'en souviendrai, certainement, toute ma vie » « c'est marquant dans une carrière »

E2 « c'est une histoire qui reste dans les mémoires. »

LE RETENTISSEMENT PERSONNEL

Certains soignants n'ont pas ressenti d'impact sur leur vie personnelle.

Pour d'autres, cet évènement a retenti sur leur vie personnelle :

E8 « les deux premiers jours, j'ai eu beaucoup de mal à évacuer, je pensais à ça »

E11 « ça m'a tracassée un peu »

E6 « ça a un peu perturbé mon sommeil »

D'autres gardent toujours cet évènement à l'esprit :

E11 « j'y pense très régulièrement »

E6 « quand j'arrive, je passe devant le plan d'eau, j'y pense. »

E7 « depuis, j'y pense souvent quand même »

Une remémoration à date anniversaire est signalé par certains :

E11 « on en a reparlé à la date d'anniversaire »

Certains ont ressenti le besoin de se recueillir sur la tombe du suicidé :

E7 « j'ai eu le besoin après ; je suis passée dans sa commune, j'ai voulu m'arrêter au cimetière sur sa tombe »

Pour d'autres, cet évènement a mené à des réflexions personnelles sur leur propre vécu :

E5 « le suicide, ça nous renvoie toujours à l'idée de notre propre mort et à la représentation qu'on en a ».

LE RETENTISSEMENT PROFESSIONNEL

Sur le plan professionnel, cet évènement a été source de stress important avec des difficultés organisationnelles ressenties : la gestion du temps et la surcharge d'actions à effectuer sont décrites plusieurs fois :

E1 « on a l'impression d'être jeté dans un truc qui va très très vite [...] il faut tout gérer en même temps [...] énormément de choses à gérer en même temps. »

Il faut s'occuper à la fois des équipes, de la famille, de problèmes administratifs, de l'annonce aux résidents (*E1 « je ne savais pas trop quoi leur dire, c'est vrai que ça, c'est difficile »*)...

L'encadrement de cette situation a été vécu avec difficulté :

E1 « c'est plein de petites choses » « ce qui est difficile c'est de faire des choix »

Beaucoup de soignants ont remis en doute leurs compétences suite à cet évènement :

E4 « beaucoup de remise en question [...] est ce que j'aurais pu faire quelque chose de plus. »

E11 « ça a remis en cause mes capacités »

Certains ont également remis en cause leur choix professionnel :

E3 « je me suis demandé si je devais continuer dans cette profession »

E4 « est ce qu'il faut que je continue dans cette voie-là ? »

D'autres ont pu se sentir directement responsable du suicide de la personne :

E3 « je me suis dit : ils m'attendent pour décéder, ils m'attendent quoi. »

Certains se sont sentis mis en échec dans leur rôle soignant :

E1 « c'est un sujet difficile qui nous laisse un peu impuissant. » « Nous met un peu en échec, notamment en tant que soignant. »

Une angoisse anticipatoire est décrite par plusieurs soignants :

E8 « moi, ce qui m'inquiète plus, c'est que ça réarrive »

E11 « la crainte que le geste se répète »

La famille joue également un rôle dans le vécu de l'évènement :

Certains sont soulagés de partager leur vécu avec la famille

E3 « ça m'a fait du bien de voir la famille »

E1 « ça m'a fait du bien de pouvoir en reparler avec la famille. »

D'autres soignants ont un vécu accusateur des questions des familles :

E11 « ils nous ont beaucoup questionnés »

Des réponses sont cherchées, certains soignants cherchent un « coupable », une raison à cet évènement :

E2 « j'ai donc voulu savoir ce qui s'était passé à cette consultation d'hémato »

E11 « on a toujours cherché si il ne s'était pas passé quelque chose au CHU, une annonce, quelqu'un qui parle trop vite dans un couloir, sans faire attention à lui » « on s'est toujours demandé si il n'avait pas entendu quelque chose »

Une difficulté de communication interprofessionnelle est évoquée par certains :

E5 « c'est jamais facile d'aborder la mort ou le suicide avec le médecin traitant parce que, déjà, entre professionnels, on a du mal à se dire les choses. »

E10 « à la maison de retraite, ils ne me l'ont pas trop signalé »

Certains ont un vécu formateur de cet évènement :

E3 « tant qu'on a pas vécu, on ne peut pas vraiment s'imaginer »

E4 « après, ça aide avec les autres résidents. »

E8 « j'en sors une autre soignante »

Différentes ressources sont identifiées : la première ressource reconnue par les soignants est l'équipe en tant que soutien :

E1 « l'équipe est une ressource énorme, parce que c'est une ressource au quotidien »

E2 « chacun est une ressource pour l'autre »

Les autres ressources identifiées sont :

La psychologue :

E2 « on a une psychologue dans l'établissement, donc elle a joué un grand rôle à ce moment-là. »,

Le Centre 15 / SAMU:

E3 « on a quand même été bien soutenues par le 15. »

Le médecin coordinateur

E6 « on a le médecin coordinateur qui nous aiguille »

Les réseaux de soutien en situation palliative : COMPAS, et les services de gériatrie-psycho-geriatrie sont également cités comme ressources.

Des retentissements sur les comportements professionnels sont décrits, très souvent les soignants se décrivent plus vigilants ensuite, ayant une écoute plus attentive :

E1 « je suis beaucoup plus sensible à cet élément anxio-dépressif »

E5 « on est plus à l'affût, plus à l'écoute ou plus dans l'observance »

E7 « je suis peut-être plus vigilante [...] ou je vais peut-être le signaler tout de suite »

E8 « les résidents qui nous en parlent [...] on essaie de désamorcer, de parler avec eux, de se poser plus »

Certains ne décrivent pas de changement de comportement car une attention au risque suicidaire était déjà présente dans leur pratique :

E2 « dans ma pratique, ça n'a pas majoré mon attention au risque suicidaire de la personne âgée parce que je l'avais avant. »

Différents besoins sont décrits :

Besoins d'échanges interprofessionnels immédiats mais aussi à distance.

E1 « sur le coup, on se dit « tout va bien », c'est quelques temps après que moi j'ai ressenti, quand même, des difficultés. »

E5 « pouvoir tout de suite, mettre des mots sur une émotion, un ressenti [...] ça c'est important »

E6 « notre collègue psychologue, nous avait reçu la semaine suivante, moi, ça m'avait fait du bien. »

E7 « dès le lendemain, on a pu en parler tout de suite, ça a été vraiment bien »

E8 « c'est sur le coup qu'il faut évacuer »

E10 « j'aurai bien aimé avoir le retour de l'équipe soignante »

Le partage d'expérience semble important pour les soignants, ils en tirent bénéfice et se trouve en difficulté lorsqu'ils n'ont pu avoir de débriefing.

E1 « poids qui s'est levé quand j'ai pu parler à ma directrice, qu'elle a validé aussi ce que j'avais fait [...] ça c'est important »

E7 « le fait qu'on ait toutes le même discours (le même vécu), ça rassure aussi »

E8 « le fait de ne pas en parler au sein des équipes de la maison de retraite, ça, ça m'a plus choquée »

Le partage d'expérience est souhaité également dans un objectif d'amélioration des pratiques :

E8 « on a eu quelques petites difficultés (logistiques). C'est des petits trucs, mais je pense qu'il faut en parler en équipe, parce que quand ça arrive, voilà... »

Ou de reconnaissance de la difficulté de l'évènement vécu de la part de la direction :

E11 « pouvoir en parler avec les équipes sur des vrais temps existants, voilà, qu'on reconnaisse vraiment que ça s'est passé, que des équipes ont été marquées, que certaines choses n'auraient pas dû se passer comme ça »

Des besoins logistiques sont également signalés par certains soignants:

Un relais soignant est évoqué :

E3 « on aurait eu besoin d'être secondées la nuit, pour finir au moins la nuit. »

E11 « certaines choses n'auraient pas dû se passer comme ça parce que les filles de nuit qui ont assisté à ça, ont dut finir leur poste »

Certains soignants signalent des problèmes de localisation de protocoles, ou de protocoles incomplets.

E8 « on ne trouvait plus le protocole de suicide. C'est des petits trucs, mais je pense qu'il faut en parler en équipe »

LE DIALOGUE SUR LE SUICIDE, LA MORT ET LA PERSONNE AGÉE

Les soignants ne se sentent pas mis en difficulté par le dialogue sur la mort :

E1 « parler de la mort avec une personne âgée, c'est souvent pas compliqué parce que la nature fait qu'on arrive à un âge où il apparaît socialement décent d'en parler ».

Ils se sentent à l'aise avec la mort qu'ils décrivent comme faisant partie de leur travail :

E1 « la mort fait partie de notre quotidien »

Une distinction est faite entre la mort et le suicide, sur le plan social et au niveau du vécu soignant :

E1 « il y a la mort et il y a le suicide, il y a ce qu'on admet en temps que, socialement et en tant que soignant »

Le dialogue sur le suicide est vécu de plusieurs façons, certains se sentent à l'aise, ils n'éprouvent pas de difficulté à parler de suicide avec une personne âgée :

E2 « j'entends toujours bien cette demande et j'en parle sans fausse pudeur »

E9 « moi, ça ne me gêne pas d'en parler »

E11 « c'est une question que je pose directement, souvent »

Pour d'autres, le dialogue sur le suicide est difficile :

E1 « on parle peu souvent du suicide avec une personne âgée, c'est difficile à recevoir ».

E3 « on n'en parle pas ouvertement. »

*E4 « moi, je ne vois pas comment je pourrais aborder le sujet, en fait. »
« C'est quand même un sale boulot pour nous. »*

E6 « c'est pas un sujet facile à aborder [...] c'est délicat. »

C'est un discours difficile mais perçu comme nécessaire également :

E4 « c'est un sujet qui est très difficile à aborder [...] il faut en parler »

E5 « c'est important (parler du suicide) »

E5 « une des meilleures réponses, c'est pouvoir en parler, de mettre des mots sur ce mal être. »

C'est un sujet perçu comme tabou pour certains :

E4 « même nous, on en parle pas forcément. »

E11 « très vite, c'est devenu un sujet tabou »

Le dialogue sur le suicide est parfois perçu comme violent :

E1 « c'est quelque chose de violent quoi, violent à dire certainement avec une grande souffrance de la part de la personne qui le dit, violent à recevoir aussi je pense »

L'acte suicidaire est perçu de différentes façons :

- Inacceptable par certains soignants :

E1 « le suicide, ça nous paraît encore quelque chose, de, de ouais, je pense d'inacceptable »

- Compris, reconnu, accepté par d'autres :

E2 « le geste suicidaire de la personne âgée, dans une certaine mesure, ne me choque pas tant que ça

E3 « il y a des fois, c'est compréhensible parce qu'ils sont tellement dans la douleur, ils ne demandent qu'à partir quoi. »

E4 « je comprends, en fait. »

- Parfois, le suicide est perçu comme un choix :

E5 « c'est un suicide, mais est ce que c'est un suicide voulu ? »

E8 « ça peut-être un projet de vie (le suicide) »

E11 « c'est un choix de la personne » « il a fait un choix délibéré, tout à fait conscient » « c'est un choix de fin de vie »

- Cet acte est également perçu comme courageux par certains soignants, le courage d'avoir la détermination et la volonté de faire cet acte :

E7 « quel courage quand même »

Une des soignante qui a découvert le suicidé, a eu le besoin, après, de revoir la personne préparée :

E8 « la seule chose que je veux, c'est le voir sur son lit de mort bien, pas dans l'aspect glauque qu'il avait [...] je l'ai vu, je l'ai senti vraiment apaisé, ça m'a aussi rassurée. »

Pour certains, le vécu de cet évènement a changé leur point de vue sur l'acte suicidaire ou la fin de vie :

E3 « aujourd'hui, oui, je les comprends mieux. »

E8 « des fois, on se dit « ah, il ne passera pas à l'acte », moi, je ne me dis pas ça maintenant »

E11 « oui (ça a modifié mon regard sur la fin de vie), le fait de pouvoir choisir son moment sans attendre sa vraie fin de vie palliative où tout est désespéré » « ce monsieur-là, si il avait pu bénéficier d'une fin de vie qu'il voulait, ça lui aurait évité ce geste où là, il a clairement pas eu une fin de vie confortable »

Plusieurs soignants évoquent spontanément la fin de vie avec des demandes régulières d'euthanasie ou de suicides assistés :

E2 « j'ai des demandes d'euthanasie active [...] ou d'aide au suicide assisté qui me sont verbalisés régulièrement »

E11 « beaucoup de gens nous réclament le bouillon de minuit. Ils nous demandent une injection et c'est fini, un médicament et c'est fini »

LES SIGNES D'ALERTE, LA FORMATION

Certains soignants avaient été alerté quand à un potentiel risque suicidaire, ils avaient repérés des signes d'alerte :

E2 « j'avais eu une alerte possible »

E6 « il s'était coupé de ses amis [...] ça nous avait alerté. »

D'autres soignants se sentent en difficulté pour repérer ces signes :

E3 « je ne suis pas sûre de pouvoir dire cette personne-là, elle ne va pas bien. Je suis incapable de dire. »

La plupart des soignantes n'avaient pas perçus de signes d'alerte :

E5 « le monsieur n'a rien laissé pressentir »

E7 « comme d'habitude, rien de particulier, ça c'est terrible » « on l'a pas vu venir »

Différents signes ou contextes sont connus des soignants et associés à un risque suicidaire plus important :

E1 « le suicide chez la personne âgée, c'est l'aboutissement je dirais d'une part d'une grande solitude [...] et d'autre part elle est quand même liée à une forte douleur ».

La douleur, la solitude, un changement d'attitude, l'isolement familial, la dépendance, la sensation de perte de dignité ou la dévalorisation sont perçus comme des facteurs de risque de situation suicidogène :

E1 « c'est quelqu'un qui est très réduit dans ses mouvements, qui a un sentiment de perte de dignité, qui dit : « regardez, je ne suis plus rien, je suis une charge pour tout le monde » »

E5 « des changements d'attitude, des éléments dépressifs » « il y a des petites choses, on se dit, il faut faire attention »

E7 « il n'avait pas d'enfants [...] je pense que ça joue aussi »

Un soignant associe également l'EHPAD à un facteur de risque suicidaire :

E11 « le fait d'être en maison de retraite pouvait être un facteur de risque »

Certains soignants décrivent une méconnaissance du suicide chez la personne âgée, avec différentes conceptions préétablies :

E4 « je pense qu'on s' imagine pas qu'une personne âgée puisse le faire. »

E7 « je ne les prends pas au sérieux, parce que pour moi, une personne de 85, 86 ans ne peut pas se suicider [...] ce n'est pas possible »

Concernant leur formation, la quasi-totalité des soignants, estiment que leur formation est insuffisante sur le sujet :

E1 « elle est quasiment inexistante »

E3 « je n'ai pas eu de formation vraiment bien définie à ce sujet. »

E5 « c'est quasiment inexistant, en tout cas, c'est pas suffisant »

E7 « je n'ai jamais eu aucune formation là-dessus »

Un soignant avait reçu une formation sur le sujet et avait également vécu plusieurs suicides de personnes âgées :

E9 « c'est des choses dont on a parlé dans la formation. Dans ma pratique, en tant que médecin généraliste, je connais plusieurs personnes âgées qui se sont suicidées à domicile. Je suis donc sensibilisée et je sais que ça arrive »

Concernant d'éventuels outils de repérage à leur disposition, différents avis sont recueillis :

Certains ont connaissance d'outils de repérage

E1 « on a quand même des outils de repérage sur la dépression [...] on a notamment une valisette mobiqua ».

La plupart des soignants n'en connaissent pas ou n'en utilisent pas

E3 « je n'ai pas eu d'outils pour détecter des éventuelles crises suicidaires. »

Certains soignants évoquent un besoin en formation :

E11 « une formation pour avoir plus d'échelles d'évaluation, de formation sur les signes annonciateurs » « une formation avec quelqu'un, avec aussi des personnes qui partagent leur expérience ».

DISCUSSION

A PROPOS DE L'ETUDE : FORCES ET FAIBLESSES

Cette étude qualitative repose donc sur onze entretiens semi-dirigés.

La saturation des données a été obtenue à partir du huitième entretien.

Différents rôles soignants ont pu être entendus, ce qui permet un point de vue global des difficultés ressenties et d'observer d'éventuelles différences professionnelles.

Un des points faibles de l'étude est le faible nombre de cas de suicide étudié : deux. Un troisième cas aurait permis d'observer une constance dans les thématiques décrites. Malheureusement, malgré plusieurs tentatives auprès de différents établissements, nous n'avons pas trouvé d'autre EHPAD acceptant notre travail. Le sujet, très sensible, et les émotions vécues qui s'y rattachent sont un facteur de résistance majeure. Malgré cela, la saturation des données a pu être obtenue et nous avons également trouvé d'autres travaux similaires lors de notre recherche bibliographique, permettant d'améliorer la validité externe de notre étude.

Nous appréhendons un facteur de résistance important dans l'obtention d'un discours spontané et facile de la part des soignants, en lien avec la sensibilité du sujet ; cela n'a globalement pas été retrouvé.

La plupart des soignants ont eu une verbalisation facile. Cette résistance s'est surtout observée avec les entretiens des médecins, probablement liée à la crainte du jugement d'un pair.

Concernant l'analyse des données, un double codage a été effectué sur 3 entretiens pris au hasard. Ce double codage retrouvait des codes similaires et n'a pas montré de différence d'analyse majeure sur les entretiens codés. Ce double codage permet également de renforcer la validité interne de l'étude.

Il s'agit d'un travail original, en effet, aucun autre travail utilisant cette méthodologie n'a été retrouvé lors de notre recherche bibliographique.

Le travail le plus proche réalisé, est celui d'Hélène PUJOL GUILLEVIC, dans sa thèse intitulée « Suicide et dépression du sujet âgé : une approche du vécu des soignants ». Elle analyse le vécu des soignants, à partir de 114 questionnaires recueillis auprès de soignants de courts, moyens et longs séjours gériatriques, à propos de la dépression et du suicide de la personne âgée (29).

Des travaux similaires en milieu psychiatrique ont été réalisés. Dans sa publication, Xavier Pommereau et ses collaborateurs décrivent les réactions des soignants d'un

service de psychiatrie suite au décès par suicide d'une de leur patiente. Il s'agit d'une autopsie psychologique (30).

Dans sa thèse intitulée « Répercussions du suicide d'un patient sur le professionnel en santé mentale : Revue de la littérature et étude descriptive sur le vécu subjectif d'une population de soignants de la région caennaise », Camille Juteau a analysé les réactions des para-médicaux suite à la prise en charge d'un suicidé, à partir de 360 questionnaires (31).

Une autre thèse, réalisée en 2013 par Isabelle Carvalho traite du suicide de la personne âgée mais cette fois ci en s'intéressant au dépistage du risque suicidaire dans cette population par les médecins généralistes (32).

La comparaison de nos résultats avec ces différents travaux, a permis d'augmenter la validité externe de notre étude.

A PROPOS DES RESULTATS

I. Une relation singulière.

Pour commencer cette discussion, il nous semblait important de décrire la relation soignant-soigné si particulière en EHPAD.

Certains soignants décrivent très bien le caractère extraordinaire de cette relation. Il s'agit, en effet, d'une relation s'inscrivant dans la durée, dans le lieu de vie des « soignés ». Les relations sont particulières, renforcées. Les vécus sont souvent partagés. Le soignant fait partie intégrante de la vie du soigné, il soigne son quotidien, son intimité mais aussi ses pensées. Il maintient la vie dans une relation où la mort est très présente, que ce soit dans les discussions avec les résidents ou bien dans le vécu au quotidien (on dénombre une vingtaine de décès par an dans un EHPAD, soit plus d'un par mois).

Le soignant doit donc trouver le juste équilibre dans cette relation particulière, le juste détachement compte tenu des séparations à venir. Cette relation est très bien décrite dans le quatrième entretien : « Il y a toujours un lien qui se crée. On ne peut pas trop s'investir avec les gens. », ou bien dans le sixième entretien comme « une relation privilégiée. »

La question du deuil est donc omniprésente pour les soignants en EHPAD, ce deuil est d'autant plus difficile qu'il est brutal et non préparé, ce qui est le cas du suicide.

Ce lien est d'autant plus fort que le soignant est au contact du résident. En effet, cette relation particulière n'est pas décrite par les médecins traitants ou les médecins coordinateurs interrogés. De même, on observe des réactions moins importantes sur le plan émotionnel chez les soignants moins impliqués dans le quotidien, le détachement est alors plus facile. Cela s'illustre également au travers des difficultés à aborder certains sujets avec les résidents, comme la mort ou le suicide. Les soignants ayant le plus de distance avec le résident sont ceux qui ont le moins de difficulté à aborder ces sujets avec eux.

Les deuils répétés des soignants en EHPAD doivent faire l'objet d'une attention particulière dans leur vécu. Les groupes de paroles trouvent ici tout leur intérêt, y compris hors situation de crise, comme le suicide. Les effets cliniques des groupes de paroles repérés sur les équipes sont multiples, ils seront décrits un peu plus tard dans notre discussion.

La particularité de cette relation soignant-soigné en EHPAD ayant été exposée, nous pouvons maintenant nous intéresser aux vécus propres des soignants face à ce « coup de tonnerre dans un ciel serein » qu'est le suicide en EHPAD.

II. Le retentissement sur les soignants.

Le suicide d'un résident est un évènement marquant pour tous les soignants, que ce soit sur le plan professionnel ou sur le plan personnel.

a. Le retentissement personnel.

De nombreux soignants rapportent un retentissement de l'évènement sur leur vie personnelle. Pour certains, il s'agit de difficultés émotionnelles ressenties au domicile, des troubles du sommeil, des éléments intrusifs faisant revivre l'évènement. Certains décrivent le besoin d'en reparler à date anniversaire, voire même d'aller se recueillir sur la tombe du résident.

Différentes études retrouvent également la présence de ces éléments intrusifs chez les soignants ayant pris en charge un suicidé.

Dans leur étude, Henry et al. décrivent les réactions de 125 professionnels québécois infirmiers, psychologues et psychiatres dans le mois suivant la survenue du suicide d'un patient : 44% des professionnels présentent un probable état de stress aigu dans le mois suivant l'évènement (33).

Ces répercussions sont également décrites par Yousaf et al. Dans leur étude du vécu d'un suicide, par des internes, deux semaines après l'évènement : 52% des internes présentaient un niveau de perturbation cliniquement significatif. Cette étude objective, elle aussi, la présence d'éléments intrusifs cliniquement significatifs chez 33% des individus (34).

b. Le vécu émotionnel.

i. Le choc

Les différentes interviews ont donc permis d'observer les réactions et difficultés ressenties par les soignants.

Un point commun les caractérise : le choc. Tous les soignants ont eu ce sentiment de choc, vécu de façon plus ou moins importante selon la proximité relationnelle. Ce choc émotionnel ressenti par tous est une réaction normale dans ce type de situation, retrouvé dans des situations similaires et décrit notamment par Xavier Pommereau. L'annonce du suicide crée chez le soignant un état de choc qualifié de sidération traumatique. Cet état est décrit par Quidy-Richard, cité par Pommereau dans son article.

Selon Quidy-Richard, « le suicide se situe au carrefour d'une triple agression : c'est une agression de soi, c'est une agression de l'autre par l'intermédiaire de soi, c'est une réponse à un sentiment d'agression de la part de l'environnement. » On comprend alors, que pour les soignants en EHPAD, les mécanismes de défense mis en jeu soient beaucoup plus intenses. Toujours selon Quidy-Richard, les réactions suite au suicide comprennent classiquement différentes phases (35) (36) :

- un état de sidération traumatique, surtout pour celui ou celle qui découvre le corps ;
- le déni (déni de l'acte par l'allégation d'accident ou de meurtre, déni de l'affect douloureux sous couvert de banalisation ou de détachement provocateur...) ;
- la culpabilité, qu'on cherche à transférer en recherchant un « bouc émissaire » ;
- au pire, l'identification mortifère au défunt.

Ces différentes phases (excepté l'identification mortifère au défunt) ont été décrites lors des entretiens. Tous les soignants ont eu ce sentiment de culpabilité.

Les soignants ayant découverts le corps décrivent un état de choc plus important, la violence de la scène est un élément majeur dans le vécu de la situation. Des états de stress post traumatiques ont été décrits dans des situations similaires. Ces états de stress post-traumatiques sont importants à diagnostiquer car ils sont un frein au déroulement normal du deuil.

Selon le DSM IV, l'état de stress post traumatique fait suite à l'exposition à un événement menaçant le pronostic vital. La symptomatologie associe différents critères, revus dans le DSM V. Les principaux critères sont la reviviscence du traumatisme, l'évitement de situations associées au traumatisme, la présence de symptômes d'altérations cognitives et émotionnelles et la présence de symptômes d'activation neurovégétative (37) (38).

L'émergence de « punitions » pour expier ce qui est perçu comme une « faute » est également une réaction observable dans ce type de situation (39). Une soignante décrit d'ailleurs très bien cette réaction puisqu'elle s'accuse du suicide de la personne : E3 « Ils m'attendent pour décéder ».

Les difficultés sont donc dans la gestion et l'acceptation de ces différentes phases.

ii. La culpabilité.

Après le choc, vient donc ce sentiment très envahissant, vécu par beaucoup de soignants : la culpabilité. C'est ce sentiment qui était également cité en première intention dans l'étude d'Hélène Pujol réalisée auprès de soignants en gériatrie. Les difficultés émotionnelles qu'elle décrit sont similaires à celles observées dans notre étude. Selon Hanus et Seguin, la culpabilité, est ressentie par toute personne ayant à affronter le suicide d'un proche (40).

Ce sentiment de culpabilité engendre un sentiment d'échec, avec pour conséquence, une remise en question des compétences.

Cette culpabilité peut également être renforcée par une potentielle « attaque de l'extérieur », décrite par Delage (48). En effet, pour Delage, il y a dans le cas d'un

suicide intra-institutionnel, mise en jeu complexe d'affects individuels et collectifs qui se distribuent autour d'une triple attaque :

- l'attaque du suicidé, qui en commettant son acte au sein de l'institution mobilise l'implication des soignants par l'agressivité et dans la responsabilité, donc la culpabilité de ceux qui s'y sentent directement ou indirectement visés ;
- l'attaque venant des autres patients à l'intérieur de l'institution, dont le silence ou les interrogations interpellent les soignants, renforçant leur culpabilité ;
- l'attaque de l'extérieur (famille, instances administratives, éventuellement soucieuses de se décharger du fardeau de l'évidence de leurs propres implications ou imperfections).

iii. La peur des autres.

Dans le cas de l'EHPAD, l'attaque de l'extérieur peut venir notamment de la famille. D'ailleurs, beaucoup de soignants parlent spontanément du rapport avec la famille après l'annonce du suicide. Beaucoup sont soulagées des bons rapports alors présentés, ce qui sous-entend les angoisses anticipées d'une potentielle réaction accusatrice de la part de la famille.

Cette crainte s'exprime également par les soignants ayant découvert le corps du suicidé, qui appellent le 15 et sont soulagés d'avoir un discours de soutien, de rencontrer un médecin légiste qui les déculpabilise en ne les incriminant pas du tout.

J'ai d'ailleurs senti, lors de l'entretien d'un soignant, comme une réaction de défense de sa part, une recherche de justification des prises en charge psychologiques dans son établissement, avec statistiques à l'appui, ce qui illustre bien cette peur de l'attaque de l'extérieur. C'est aussi cette peur, qui m'a fait rencontrer tant de difficultés à entrer dans les EHPAD où un suicide s'était produit.

iv. Les autres émotions

Les émotions vécues sont toutes très négatives. Beaucoup de soignants ont ressenti une tristesse importante avec notamment des réactions de pleurs. Ces réactions sont également retrouvées dans des cas similaires décrits.

Le deuil après suicide est une épreuve difficile à traverser, à la douleur de la perte s'ajoutent l'oppression de sentiments extrêmes et le harcèlement de questions sans réponses. A la tristesse engendrée par la perte, s'ajoutent également l'incompréhension, la honte, la culpabilité...générées par le geste suicidaire (39).

c. Les stratégies d'adaptation.

i. La quête du sens.

Pour diminuer ce sentiment de culpabilité, certains soignants tentent de trouver une explication, c'est la quête du sens du suicide.

Certains soignants trouvent une justification du geste suicidaire dans une théorie de suicide idéologique. Le suicide est perçu comme un choix de fin de vie. Le geste est alors compris par les soignants, ce qui leur permet de ne pas ressentir de colère envers le suicidé. Cet élément est également retrouvé dans l'étude d'Hélène Pujol. Pour rappel, il s'agissait d'une étude réalisée à partir de 114 questionnaires recueillis auprès de soignants en courts, moyens et longs séjours. Dans 68% des cas, les soignants pensent que l'état physique d'une personne âgée en institution pourrait « parfois » expliquer ses intentions suicidaires. Ces sont les soignants les plus jeunes qui pensent le plus « souvent » que l'état du patient peut expliquer ses idées suicidaires (36% des moins de 29 ans).

Pour certains soignants, le vécu de cette situation a modifié leur regard sur la fin de vie. Pour certains, ce geste violent, leur semble indigne comme condition de fin de vie. Ils l'assimilent à une fin de vie douloureuse et difficile qui pourrait justifier d'une aide à mourir sans en clarifier les propos.

Nous pouvons donner plusieurs interprétations à ces ressentis :

. Soit les voir comme la traduction d'un mécanisme de défense : le soignant essaie de trouver une explication à ce geste pour se déculpabiliser, détourner sa colère.

. Soit les prendre pour ce qu'ils semblent être : un point de vue sur la fin de vie et le débat sur le droit à mourir, qui semble partagé par plusieurs soignants.

Il s'agit, ici, d'une question délicate et controversée. L'approche idéologique du suicide exposée par différents soignants dans les entretiens est défendue par certains philosophes. Le suicide est ici un droit, un choix de fin de vie, le choix de ne pas souffrir, de choisir sa mort (41)(42). Du point de vue psychiatrique, le suicide est quasiment toujours en lien avec une pathologie psychiatrique préexistante. Les suicides de la personne âgée sont ainsi rattachés à des réactions de panique anxieuse pouvant favoriser des gestes de désespoir lorsqu'une démence ou une dépression co-existent (43). Une autre cause évoquée est une cause sociale au suicide. La solitude de la personne âgée et le rôle de la société étant responsables de la désadaptation de la personne à son environnement (44). La société par son regard portée sur la vieillesse, isole et dévalorise la personne âgée (45) (46) (47).

ii. Le transfert de responsabilité.

D'autres soignants, pour se déculpabiliser, essaient de transférer cette culpabilité en mettant en cause d'autres intervenants. Des difficultés de communication entre les

soignants et les médecins sont ainsi avancées. Là aussi, nous pouvons percevoir cela comme une stratégie de déculpabilisation, mais également comme une réalité dans la pratique en entendant que des difficultés de communication peuvent exister entre les établissements et les médecins. Ces difficultés pourraient faire l'objet d'un travail : existent-elles dans la réalité, comment sont-elles vécues, comment les améliorer ?

iii. Le déni.

Le déni est également une réaction observée lors des entretiens « c'est pas possible, on ne se suicide pas comme ça » (E2). C'est aussi un mécanisme de défense. Sont observées aussi, de la colère et la peur d'une contagiosité : une anxiété anticipatoire d'un autre suicide. Ces réactions sont également retrouvées dans des travaux similaires.

d. Le retentissement professionnel.

i. La remise en question professionnelle.

Selon Vedrinne et Weber, cités par Pommereau (49), « le suicide en institution signale soit la rencontre de carences individuelles et institutionnelles, soit l'échec ou la résistance dans l'élaboration d'un projet .» Le suicide induit, au travers de la culpabilité, une remise en question des soignants, la confiance en soi de chacun est ébranlée. Ce sentiment d'échec, de mise en doute des compétences ont été décrits lors de plusieurs entretiens (E11 « ça a remis en cause mes capacités »). Ces sentiments sont également retrouvés dans des études de cas similaires.

Les soignants peuvent se sentir remis en cause dans leur prise en charge. La brutalité, la soudaineté du geste et surtout le fait que le geste meurtrier soit dirigé contre soi-même amènent une autre dimension au décès, par rapport à une mort « habituelle ». Dans le cas d'une mort par maladie, la mort survient de façon involontaire, le sentiment de frustration et de colère ressenti par les soignants est moindre. Dans le cas du suicide, cette volonté d'auto agressivité et d'autolyse peut être interprétée comme une attaque envers la prise en charge soignante proposée, comme une remise en cause des soins apportés (50).

Pour certains soignants, cela va même jusqu'à une remise en cause du choix professionnel (E3 « je me suis demandée si je devais continuer dans cette profession »). Des réactions similaires ont été observées dans l'étude de Camille Juteau pour 3.67% des soignants interrogés (31).

ii. Le changement des pratiques.

Sur le plan professionnel, beaucoup de soignants décrivent un changement dans leur pratique professionnelle. Ils se décrivent plus vigilant par rapport au risque suicidaire. Ils décrivent leur écoute comme plus attentive. C'est une réaction également observées dans l'étude de Camille Juteau, où pour 80% des soignants interrogés, une augmentation de la sensibilité aux indices de risque suicidaire est

observée. Cette réaction est également retrouvée dans la littérature étrangère. Dans une revue de littérature, Henry et al. retrouvent que les réactions professionnelles les plus souvent fréquentes sont une sensibilisation accrue aux indices de risques suicidaires (91%) (51).

Nous constatons cependant une différence dans notre étude : ce changement d'attitude n'est pas observé chez les soignants déjà sensibilisés au risque suicidaire par leur expérience ou formation professionnelle, c'est le cas d'une infirmière ayant une expérience professionnelle en psychiatrie et des médecins généralistes.

Pour les soignants ayant remarqué un changement dans leur pratique, cette expérience est vécue de façon positive sur le plan professionnel. Un vécu formateur est retiré de cette expérience, une modification de leur pratique professionnelle est décrite : « j'en sors une autre soignante ». Les compétences utilisées pour faire face sur le plan personnel et professionnel au suicide, peuvent être mobilisées pour aller de l'avant et favoriser le travail de reconstruction suite à l'événement (52).

iii. La gestion de la crise.

Les soignants décrivent également des difficultés d'organisation, de gestion de la crise après la découverte du suicide. Cette difficulté est également retranscrite par Xavier Pommereau dans son article. Dans son étude, les soignants décrivaient également ce même état et également le sentiment « qu'il faut faire face ». Ce sentiment est peut-être aussi un mécanisme de défense pour faire face à la sidération traumatique.

Ce deuxième aspect est également décrit par les soignants ayant découverts le corps ou ayant eu à gérer la situation après la découverte du corps. La cadre de l'EHPAD décrit très bien ce sentiment : « on a l'impression d'être jeté dans un truc qui va très très vite, [...] il faut tout gérer en même temps ».

III. Les besoins identifiés.

Notre étude permet d'identifier différents besoins des soignants dans cette situation.

a. Le partage du vécu.

Un des premiers besoins identifié est le partage du vécu, un besoin d'écoute de la part d'autrui. Ils décrivent d'ailleurs leurs collègues comme leur première ressource : « l'équipe est une ressource ». Ce besoin de communiquer sur l'évènement, de partager son vécu, est aussi le moyen de trouver une reconnaissance des difficultés affrontées. Le débriefing est ainsi décrit comme un élément indispensable dans le vécu de la situation.

Dans notre étude, deux situations différentes ont pu être observées par rapport à ce retour sur l'évènement. Dans l'un des établissements, un débriefing réunissant tous les soignants a été effectué le jour même, puis une réunion avec la psychologue de

l'établissement a été proposée une semaine après. Dans l'autre établissement, il n'y a pas eu de débriefing. Une aide psychologique a été proposée aux deux aides-soignantes ayant découvert le corps du suicidé.

De nettes différences dans le vécu des soignants sont ici observées. Dans le premier cas, le débriefing a été vécu comme un moment fort de cohésion d'équipe, de partage, de soutien. Avoir eu un espace de dialogue semble avoir soulagé beaucoup de soignants. Dans l'autre cas, l'absence de temps de parole dédié à cet événement a été mal vécue. Les soignants ne se sont alors pas sentis reconnues dans leur difficulté, un sentiment de mise à l'écart est observé. Il s'agit ici, d'une réaction normale, c'est l'isolement du survivant, décrit dans la littérature.

Tous les rôles soignants trouvent un bénéfice à cet espace de dialogue. C'est ainsi qu'on observe le regret d'un médecin traitant de ne pas avoir pu échanger avec l'équipe soignante après l'évènement.

i. Les groupes de parole.

La plupart des bénéfices décrits au sujet des groupes de parole sont également développés dans la littérature. Marie-Suzel Inzé les explique ainsi (53) :

- qu'un tiers extérieur puisse entendre et se faire le témoin d'une situation perçue comme hors du commun de la vie institutionnelle est vécu comme une reconnaissance implicite des difficultés rencontrées face à l'évènement ;
- le dispositif de groupe permet l'amorce d'un deuil ou la reprise d'un processus élaboratif collectif dans ce temps passé ensemble ;
- le groupe de parole aide à recréer un mouvement de solidarité et de soutien entre les membres du personnel, là où certains risquent sinon de s'enfermer dans un repli défensif ;
- les équipes se racontent à nouveau une histoire collective, sortent de l'isolement ;
- dans tous les cas, elles sont souvent remises implicitement dans une position d'être actrices du processus institutionnel ;
- cet espace de parole constitue souvent l'occasion d'une reprise d'évènements plus anciens non-élaborés, mais tout aussi blessants dans l'histoire institutionnelle, agissant comme des grains de sable dans la dynamique de soins (décès non parlé dans une équipe).

Ces temps de parole sont aussi des moments permettant de mettre à jour d'éventuels dysfonctionnements institutionnels, comme la recherche de protocole, les conduites à tenir devant des objets tranchants...Ce besoin de protocolisation est aussi une façon de se réassurer devant l'angoisse anticipatoire d'un nouveau geste suicidaire. C'est également un élément décrit dans d'autres études, notamment la thèse de Camille Juteau.

Des recommandations éditées en 2009 sur les modalités d'aide et de soutien à l'entourage d'un suicidé décrivent la mise en place de ces espaces de parole (39). Ils incitent notamment à ne pas se précipiter dans l'immédiat à une prise en charge professionnelle, car cette intervention inappropriée précoce pourrait augmenter le stress et l'anxiété des personnes qui auraient été moyennement ou peu affectées par le suicide et cristalliser les émotions dans un cadre pathologisant. Néanmoins, ces recommandations proposent d'offrir un premier contenant psychique à l'anxiété, sans forcément l'intervention immédiate d'un professionnel, mais en assurant une présence bienveillante et en s'assurant que les besoins primaires de la personne sont assurés. Un espace de parole entre les soignants, un temps de débriefing, semblent donc être un temps important à proposer suite à cet événement traumatisant. Une prise en charge spécialisée peut ensuite être instaurée.

Plusieurs soignants ont également décrit l'importance d'un temps de parole dédié, à distance de l'événement, élément non retrouvé dans les recommandations.

Un soignant évoque également l'effet apaisant de ce débriefing, le partage du vécu permettrait aussi d'évacuer les éléments négatifs pour garder un souvenir plus apaisé de cet événement.

b. Le besoin en formation.

Le deuxième besoin important identifié par les soignants est le besoin de formation. Beaucoup de soignants ne se sentent pas formés pour identifier les situations à risques, les signes d'alerte. Beaucoup se sentent également en difficulté pour dialoguer sur ce sujet avec les personnes âgées. Notre étude permet de constater que les mieux formés sont les moins impliqués au quotidien dans la prise en charge de la personne et donc les moins susceptibles de repérer les signes d'alerte.

Ce sentiment de méconnaissance est d'une part approuvé par certaines idées reçues, verbalisées par différents métiers soignants, comme « on ne peut rien faire face à une personne qui a décidé de se suicider », ou « une personne âgée ne se suicide pas ». Paradoxalement, la plupart des soignants ont été en capacité d'identifier des éléments à risque dans le vécu d'une personne ou dans ses attitudes.

Très peu de soignants ont connaissance d'outils de dépistage à leur disposition alors que dans au moins un des deux établissements un élément tel que la valise Mobiquil était à disposition. Malheureusement, aucune formation n'avait été donnée suite à l'obtention de cette mallette qui contient notamment un support de formation.

Les soignants sont très demandeurs d'une formation sur ce sujet. Certains précisent l'intérêt d'une formation présentielle avec des cas cliniques et la présence de soignants ayant vécu une situation similaire pour un partage d'expérience. On pourrait, par exemple, proposer des interventions comme celles pratiquées à Brest par Véronique GRINER-ABRAHAM et Christophe BOUCHE (54). Ils ont mené des journées de sensibilisation spécifiques à la souffrance psychique des sujets âgés et

retracé leur expérience dans un article. Le bilan est plutôt positif avec un public très attentif et demandeur. Ils évoquent comme difficulté rencontrée une discussion houleuse soulevée sur l'euthanasie. Cette remarque m'interpelle puisque plusieurs soignants interrogés pour notre étude ont aussi évoqué des problématiques de fin de vie et de choix du suicide comme fin de vie. Le suicide chez la personne âgée a donc une résonance particulière en terme de signification du geste. Ces questionnements pourraient faire l'objet d'un travail afin de mieux connaître le point de vue des soignants sur cette question.

Les soignants interrogés ont montrés un vif intérêt pour le sujet et une demande de retour d'information sur notre travail. Le même intérêt avait été trouvé lors du travail d'Hélène Pujol.

c. Le besoin en communication.

Un autre besoin identifié au travers de ces entretiens est un besoin de communication qu'il soit intra-institutionnel ou avec les intervenants extérieurs.

Le groupe de parole semble répondre aux difficultés de communication intra institutionnelles évoquées par les soignants.

Concernant les difficultés de communication avec les intervenants extérieurs, notamment, ici, le médecin généraliste du suicidé, l'hypothèse d'un mécanisme de défense pour se déculpabiliser du suicide avait été évoquée plus haut dans notre discussion. Néanmoins, nous ne pouvons pas exclure que ce discours soit entendu de façon simple et direct, c'est-à-dire qu'il soulève un problème communicationnel entre la médecine de ville et l'établissement. Nous avons déjà évoqué l'idée que cette question pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

CONCLUSION

Le suicide d'un résident est un évènement marquant dans la vie d'un soignant en EHPAD.

Cet évènement majeur dans la vie du soignant est vécu de façon très négative et entraîne des répercussions tant professionnelles que personnelles. Une remise en question des compétences, voire du choix professionnel du soignant peuvent en découler.

La proximité avec le suicidé joue un rôle dans l'impact de cet évènement. Plus le soignant est proche du suicidé, plus l'impact est important.

Cet évènement transforme le soignant et influence aussi son rapport à la fin de vie. Le suicide de la personne âgée est ainsi évoqué par certains soignants comme un choix de fin de vie, lui trouvant ainsi une hypothèse idéologique. Le suicide de la personne âgée entraîne, pour certains, une réflexion sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Beaucoup de soignants se sentent mal à l'aise dans le dialogue avec les résidents sur le sujet du suicide.

Un besoin en formation est clairement évoqué par certains soignants. Les soignants les moins bien formés sont ceux qui sont les plus proches des résidents, donc les plus aptes à repérer les signes d'alerte.

Les soignants décrivent également un besoin d'amélioration de la communication interprofessionnelle.

La présence d'un temps de débriefing, de partage interprofessionnel autour de cet évènement est un élément qui semble déterminant pour les soignants dans le vécu de cette situation. Il paraît important également pour certains, de pouvoir proposer un temps de débriefing à distance de l'évènement.

BIBLIOGRAPHIE

1. ONVF-fin de vie des personnes âgées 2013 [Internet]. [cité 11 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000058/0000.pdf>
2. CNBD prévention du suicide-rapport final - CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf [Internet]. [cité 11 févr 2015]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf
3. Casadebaig F, Philippe A, Ruffin D. suicide et lieu de résidence. janv 2004;(84).
4. Fin de vie en EHPAD ONVF [Internet]. [cité 11 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/findevieeenepha-premierresultats-2013.pdf>
5. Recommandations HAS suicide [Internet]. [cité 24 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf>
6. Kiledjian Eric. Le suicide, ultime liberté ou détresse profonde? déc 2013;(115):5.
7. BEH_47_48_2011.pdf [Internet]. [cité 11 févr 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf
8. La mortalité par suicide en France en 2006 [Internet]. [cité 11 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er702.pdf>
9. Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire. Bilan 2013 [Internet]. [cité 11 févr 2015]. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/suicides/Suicides2013_regionPDL.pdf
10. Clément J, Darthout N, Nubukpo P. Guide pratique de psychogériatrie. 2ème éd. Masson; 2006. 220 p.
11. Charazac P. L'aide mémoire de psychogériatrie. Dunod. 2011.
12. Suicides et tentatives de suicide en France - er109.pdf [Internet]. [cité 11 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er109.pdf>
13. Conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». 2000.
14. Jalenques, Gallarda T, Vaille-Perret E. Suicide. In: Aspects cliniques.
15. MobiQual [Internet]. [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.mobiquial.org/outils/depression/>
16. HAS. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les seniors de 55 ans et plus. 2014.

17. PRETO I. Comment améliorer le dépistage de la dépression chez les personnes âgées institutionnalisées démentes? Université Paris 7; 2009.
18. Jamieson K, Duberstein, Unützer. Chronic medical problems and distressful thoughts of suicide in primary care patients: mitigating role of happiness. 2009;7:671-9.
19. cnbd_prevention du suicide-rapport final - CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf
20. Dress l'offre en EHPAD en 2011 [Internet]. [cité 24 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er877.pdf>
21. Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf [Internet]. [cité 24 nov 2014]. Disponible sur: <https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf>
22. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3ème éd. Armand Colin; 405 p.
23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Exercer. 2008;19(84):142-5.
24. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2ème éd. Armand Colin; 126 p.
25. Letrilliart L, Bourgeois I. Exercer. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : de « Acteur » à « Interdépendance ». 20(87):74-9.
26. Letrilliart L, Bourgeois I. Exercer. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». 20(88):106-12.
27. Saldana J. The coding manual for qualitative researchers. 2009.
28. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Recherches qualitatives. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. 2006;26:110-38.
29. Pujol Guillevic H. Suicide et dépression du sujet âgé : une approche du vécu des soignants. Toulouse III; 2005.
30. Xavier Pommereau, Marc Delorme, Brigitte Bonnemaïson, Chantal Bouthier. L'impact du suicide sur l'aidant. Santé Ment Au Qué. 1994;19(2):83-104.
31. Juteau C. Répercussions du suicide d'un patient sur le professionnel en santé mentale : Revue de la littérature et étude descriptive sur le vécu subjectif d'une population de soignants de la région caennaise. 2012.

32. Carvalho I. Prévention de la crise suicidaire de la personne âgée de plus de 65 ans. 2013.
33. Henry M, Séguin M, Drouin MS. Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient. 2004;(25):241-57.
34. Yousaf F, Hawthorne M, Sedgwick P. Impact of patient suicide on psychiatric trainees. 2002;(26):53-2.
35. Quidu M. Les répercussions du suicide dans une institution. Quelle attitude adopter? Psychol Médicale. 1977;(9):1633-7.
36. Quidu-Richard M. Le suicide : un deuil impossible? Psychol Médicale. 1990;(22).
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-4. Washington; 1994.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 2013.
39. Recommandations à l'attention des endeuillés[Internet]. [cité 19 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/conf/endeuilles/recoEndeuilles.pdf>
40. Seguin M, Hanus M. Le deuil après suicide. Maloine.
41. Delage M, Raoul Y. Soins et décès par suicide à l'hôpital. 1993;(25):335-8.
42. Catherine Vincent. Mourir, d'accord, mais comment? Le Monde Culture et Idées. 7 mars 2015;
43. Hans Jonas. Le droit de mourir. Rivages Poche.
44. Vanelle J-M. Crise suicidaire et pathologie mentale.
45. Campéon A. Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieillesse déchuée? juin 2012;(14).
46. Dell'accio E. La valeur de la vie finissante et la place de la personne âgée dans la décision. déc 2014;(119):67-76.
47. Billé M. Vieux mais vivants! déc 2014;(119):13-21.
48. Wary B. Personnes âgées en fin de vie : haut risque de dérives! déc 2014;(119):79-87.
49. Vedrinne J, Weber D. Relations entre suicide et institutions. Asp Clin Institutionnels. 1982;2:153-62.
50. Maltzberger JT. The implications of patient suicide for the surviving psychotherapist. Suicide Clin Pract. 1992;

51. Henry M, Seguin M. L'impact du décès par suicide d'un patient chez le professionnel en santé mentale. Rev Québécoise Psychol. 2003;(24).
52. Marshall KA. When a patient commits suicide. Suicide Life Threat Behav. 1980.
53. Inzé Marie-Suzel. Accompagner le processus de deuil des soignants [Internet]. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.geroscopie.fr/print.asp?679D4E854283>
54. Suicide de la personne âgée en institution : impact sur la famille et les soignants [Internet]. [cité 19 juin 2015]. Disponible sur: http://www.forumsantebrest.net/IMG/pdf/SUICIDE_EN_INSTITUTION_IMPACT_ENTOURAGE.pdf

GUIDE D'ENTRETIEN

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter svp ? Depuis combien d'années exercez-vous ?

Pouvez-vous me raconter l'histoire de la personne qui s'est suicidée ?

Quel vécu avez-vous de cette situation ?

Comment aviez-vous anticipé son geste ?

Comment l'avait-elle manifesté ? si oui : comment avez-vous réagit ?

Quel retentissement dans votre vie personnelle et dans votre choix professionnel ?

Depuis le suicide : quel retentissement dans votre pratique ?

Parler du suicide avec une personne âgée, qu'en pensez-vous ?

Pour vous, c'est quoi la crise suicidaire ?

Que pensez-vous de votre formation sur le suicide ?

Que pensez-vous des outils de repérage à votre disposition ?

Quel soutien avez-vous autour de vous ?

De quoi auriez-vous eu besoin pour gérer différemment cette situation ?

Voyez-vous d'autres choses à ajouter ?

Entretien 1

– **Alors pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter s'il vous plaît, votre activité ?**

– ouais, je m'appelle S A, je travaille à la maison de retraite de X, à l'EHPAD et euh, j'assume un, nouvellement, une fonction de cadre de santé. Au moment des événements en question, j'étais infirmière coordonnatrice. En fait, je faisais fonction de cadre de santé comme on dit, dans l'établissement

– d'accord

– voilà

– **d'accord, et depuis combien d'années vous exercez du coup ?**

– Alors moi je suis infirmière, (ouh), depuis 94, quelque chose comme ça. J'ai travaillé quelques années en psychiatrie, en Lorraine, ensuite sur la région nantaise. J'ai travaillé quelques années en tant que, qu'infirmière coordonnatrice dans un SSIAD, le SSIAD de X en l'occurrence, et puis ensuite, j'ai basculé sur un temps partiel de coordination sur la maison de retraite, donc j'occupe ce poste depuis, depuis une douzaine d'années du coup.

– d'accord

– dans cet établissement.

– **d'accord. Est-ce que vous pouvez me raconter l'histoire de la personne qui s'est suicidée ?**

– alors, l'histoire, son histoire, avant l'événement, avant son décès ou, ou ?

– **si vous voulez me donner des éléments de, avant l'événement oui, et puis le décès de la personne aussi**

– ouais, avant l'événement, la seule chose, c'est que je pense, c'est un monsieur pour lequel on ne s'attendait pas à un suicide. Donc c'est un monsieur qui avait, je pense, une position dans l'établissement assez unique dans le sens où c'était un monsieur qui était, qui avait des problèmes de santé importants mais qui, en même temps, au niveau cognitif, avait toutes ses facultés cognitives, et c'est donc un monsieur qui était en plus très gai, très, très communicatif, donc, je pense que les équipes, globalement, de la maison de retraite avait un très bon contact avec ce monsieur

– oui

– il était une des personnes, oui, avec qui on peut avoir une relation un peu particulière parce que, (euh), mais justement, c'était un monsieur qui était très, voilà, qui, qui discutait de tout, qui était très ouvert. Donc il avait peut-être, déjà, une

position particulière dans, dans l'établissement de, de, pour cette raison-là. Sur l'événement, c'était, c'était l'été, si je me rappelle bien, donc moi j'étais (euh), j'ai reçu un coup de fil à cinq heures du matin à mon domicile. C'était un peu particulier parce que tous les enfants étaient partis en colonie de vacances et du coup en tant que parents quand on entend un coup de fil à cinq heures du matin, on pense immédiatement à, on pense qu'il est arrivé quelque chose à ses enfants donc, c'est vrai, ça été, quand on décroche, qu'on entend d'une voix d'outre-tombe : « allô Madame R », alors ça y est, on se dit il est arrivé quelque chose. Donc c'est vrai, il y a eu cette première, et puis en fait, c'était la directrice de garde, parce qu'en fait la directrice de l'établissement était en vacances ainsi que le médecin coordonnateur et la psychologue, donc voilà. Donc la directrice de garde d'un établissement voisin qui, (euh), m'informait du suicide de, d'un résident. Elle, elle ne m'a pas donné le nom tout de suite, elle m'a juste dit qu'ils étaient très ennuyés parce qu'ils devaient faire une déclaration à l'ARS, que le médecin coordonnateur avait fait un protocole de conduite à tenir en cas de suicide et qu'elle n'arrivait pas à trouver ce protocole. Voilà, c'est comme ça que la conversation a commencé. Donc du coup, je lui ai demandé, qui, quel résident s'était suicidé. C'est vrai, là, j'étais très surprise d'apprendre que c'était ce monsieur-là parce que personne ne s'y attendait. Je lui ai proposé de venir, elle m'a dit vous n'êtes pas obligé, quand vous voulez, donc après, je me suis habillée, je me suis rendue à la maison de retraite. Là, la directrice de garde était là, avec, (euh) avec une ou deux autres personnes. J'avoue que là, je ne sais plus très bien qui étaient là à ce moment-là. On a parlé de ce fameux protocole, j'ai commencé à aller le chercher, et je dirais qu'à partir de là, en termes de vécu, (ouf), on a l'impression d'être jeté, un peu, dans un truc qui va très, très, très vite, quoi, c'est-à-dire, là, il faut tout gérer en même temps, du mieux qu'on peut, mais avec beaucoup, beaucoup de, de, de, énormément de choses à gérer en même temps, quoi, donc, donc chercher le protocole, le, le, y avait donc les gendarmes qui étaient là avec les, les TIC, les techniciens en investigations criminelles.

– d'accord

– donc (euh), après avoir cherché le protocole, ne pas l'avoir trouvé, (euh), moi, je suis montée à la chambre du Monsieur, les, les gendarmes, il y avait des gendarmes, les TIC sont sortis de la chambre, on a échangé un petit peu. Il y avait le médecin légiste qui était là aussi, donc, ils m'ont dit que voilà, on pouvait disposer, du coup, du corps et de la chambre, eux, ils avaient terminé. Ils sont partis assez vite. Les deux membres de l'équipe étaient là, de l'équipe de nuit du coup

– d'accord

– (euh), on a fait un petit entretien avec elles. Y en a une qui était assez peu, euh, qui verbalisait relativement peu, qui avait l'air assez calme, qui verbalisait peu, qui était un peu sous le choc je pense, tout le monde l'était je crois, et, et l'autre, par contre, qui m'a un peu inquiétée, une collègue qui m'a un peu inquiétée parce que, elle était nouvellement affectée de nuit depuis quelques mois et c'est vrai elle avait

un peu, il y avait un autre décès qui avait été très brutal, une dame qui avait fait un problème cardiaque, je crois et elle avait un discours en disant : « tout ça c'est depuis que je suis passé de nuit, c'est quand même bizarre, il arrive quand même beaucoup de choses depuis que je suis passée de nuit », enfin voilà, un discours qui me semblait, quand même, beaucoup dans la culpabilité, donc, donc, voilà. J'ai demandé si la famille était prévenue. Les gendarmes avaient prévenu la famille et puis après vous commencer un peu dans votre tête à sérier ce qu'il faut faire. La psychologue n'étant pas là, on s'est dit qu'il fallait joindre une cellule psychologique pour, pour au moins les deux membres de l'équipe et puis, bon, on a recherché, j'ai appelé la secrétaire parce que je n'arrivais pas à ouvrir son ordinateur pour avoir ce fameux protocole. On a donc fait venir la secrétaire qui est arrivée, qui a retrouvé le protocole, (euh), on a également été regardé si le monsieur, si il avait une convention obsèques. Il avait, il avait des formalités à faire mais, (euh), 24H/24, c'est ce que vantait son, sauf que je n'arrivais pas à les joindre, on était dimanche matin, du coup, et puis ce qu'il y a aussi, je voyais l'heure qui tournait et les équipes qui allaient arriver, les équipes de jours, donc. On a des horaires en décalé, des gens qui arrivent à 7 H, des gens qui arrivent à 7H30, des gens qui arrivent à 8 H, donc, on a. Il fallait réfléchir à comment on allait annoncer cet événement aux équipes. Donc on a choisi de toper les équipes aux vestiaires, de les faire se regrouper celles de 7H en salle infirmières, et puis, on leur a annoncé le décès avec des réactions, (euh), de pleurs, d'effondrement, de sidération. Des agents étaient quand même très retournés. La directrice de la garde est partie après. Elle m'a dit qu'elle allait s'occuper, elle, de toutes les formalités ARS, déclarations et autres, et puis, ben moi, j'ai, j'ai attendu donc les équipes, les équipes qui se succédaient là sur les demi-heures. Dans le même temps, comme je n'arrivais toujours pas à joindre la, son organisme de convention obsèques, et que je savais que la famille allait passer, quand les TIC étaient sortis, j'avais pas vu le monsieur mais j'avais vu sa chambre, y avait vraiment du sang partout, partout dans la chambre, il y avait du sang vraiment partout dans la chambre, et, (euh) moi ma crainte c'était d'accueillir la famille dans cet environnement-là, quoi. Donc j'ai fini par joindre, ne sachant plus trop à qui m'adresser, la personne avec qui on travaille beaucoup quand on a, quand on a des, des décès dans l'établissement et il m'a dit qu'il allait faire venir le thanatopracteur, que le thanatopracteur ne pouvait pas venir avant 7h30, mais qu'il allait arriver.

– d'accord.

– donc, voilà, après c'est l'accueil des équipes, le thanatopracteur est arrivé. Là, c'était un peu compliqué, parce que, je pense, qu'il n'y avait personne qui voulait véritablement l'accompagner. J'étais de ceux-là aussi, donc je lui ai dit (euh) que, que s'il avait vraiment besoin d'aide, il fallait qu'il demande, mais on était toutes en difficulté pour, pour rentrer dans la chambre de ce monsieur, quoi. Donc il a dit non, je vais voir si je peux me débrouiller. Après, il fallait trouver une chambre pour installer le monsieur, parce que du coup, il fallait qu'on nettoie sa propre chambre et puis, on voulait quand même que la famille puisse découvrir le monsieur, quand

même, de manière décente et digne, donc voilà, c'est plein de petites choses. Les équipes sont venues me voir rapidement en disant que certains résidents avaient entendu du bruit la nuit, se demandaient ce qui se passait, et comment ils étaient censés réagir. Ils ne se sentaient pas capables, eux, là, d'aller l'annoncer, ils ne savaient pas quoi dire. Donc, on a listé ensemble les résidents très proches de ce monsieur, (euh), et puis, ben, je suis allée les voir chacun pour leur annoncer le décès. Je savais pas trop quoi leur dire, c'est vrai que c'est, c'est difficile. Je leur ai dit qu'il était décédé brutalement, ils m'ont demandé comment et là, ne sachant pas, enfin je me suis dit que ça servait à rien de, de, non plus de cacher cet événement, c'était... Donc je leur ai dit qu'il avait mis fin à ses jours mais, mais à la question comment, ça, je leur ai dit que ça lui appartenait, que, que moi, voilà, j'avais pas à dire comment, qui, qui s'était suicidé et que c'était un geste qui lui appartenait. Mais, c'est vrai, c'est sur le vécu, ce qui est difficile c'est faire des choix, c'est-à-dire il faut toutes les 10 minutes, tous les 1/4 d'heure, faire un..., décider qu'on prend telle chambre, décider qu'on dit ça, décider qu'on dit pas ça, décider et ça je trouvais que c'était pas toujours facile en se disant voilà, est-ce que, est-ce que c'est ça, est-ce que je fais le bon choix, est-ce que, voilà. Et puis après, le thanatopracteur a appelé en disant qu'il avait besoin d'aide dans la chambre, parce que il n'arrivait pas à, à porter le corps de ce monsieur tout seul. Donc, (euh) je suis allée, j'y suis allée, une véritable épreuve franchement, c'était difficile de rentrer dans cette chambre, déjà parce que, parce que du sang, beaucoup de sang partout et puis ben, voilà quoi, découvrir ce monsieur qu'on connaît, qui s'est ouvert les veines mais, mais de manière très, très brutales, tellement qu'il est allé jusqu'à l'artère et que finalement (euh) (silence). Donc, donc c'était vraiment, vraiment quelque chose de difficile. (Euh), Donc, on a installé ce monsieur dans la chambre, dans une chambre sur, sur une table réfrigérée. On a vraiment aménagé une chambre de manière à ce qu'elle soit la plus chaleureuse possible pour l'accueil de la famille. Je suis allée chercher, c'était l'été, donc je suis allée chercher 2, 3 petites fleurs pour faire un petit, petit bouquet. On a mis en scène un peu les lumières pour, voilà. Et puis, après, il fallait appeler la famille, ce qui là, a été aussi véritablement une épreuve. C'est difficile. Heureusement, que les gendarmes avaient déjà prévenu la famille. Quand j'ai eu la famille, elle était, elle aussi, sous le choc, elle, dans un questionnement un petit peu, un petit peu accusateur, sur le coup : « Je ne comprends pas, qu'est-ce qui s'est passé, vous nous avez rien dit, il a dû se passer quelque chose, qu'est-ce qu'il y a eu », et (euh) et ils nous ont dit de toute façon on arrive et (euh), Monsieur X avait un cahier sur lequel il écrivait tout, donc, on va rechercher dans le cahier, on va voir ce qui s'est passé, parce que là, nous, on ne comprend pas quoi ce qui s'est passé. Bon, donc, le rendez-vous a été pris pour quelques, quelques, dans la matinée, je sais plus exactement à quelle heure. Après, j'ai appelé la cellule psychologique du coup.

– oui.

– on a retrouvé que par, par l'assurance de la maison de retraite, il y avait un accès à

la cellule psychologique, donc j'ai appelé la cellule psychologique, rappelé les agents qui, entre-temps, étaient partis, étaient rentrés. Je leur avais demandé si, si ils souhaitaient un suivi. Il y en avait une qui n'en souhaitait pas, elle partait en vacances ce jour-là, donc, elle en souhaitait pas, et une autre, celle que moi j'avais trouvée pas très, très bien quand même qui avait clairement dit que oui, qu'elle acceptait un suivi psychologique. Donc, moi, j'ai reprogrammé les rendez-vous avec, avec elle, sachant que, que la psychologue ne pouvait pas intervenir ce jour-là parce qu'on était dimanche, elle ne pouvait intervenir que dans la semaine. On a vu pour le rendez-vous, puis à 10 heures j'ai, j'ai réuni les équipes. Ça, ça, on a discuté avec la, la directrice de garde qui était repartie mais, que j'avais au téléphone, que j'ai eu au téléphone 2,3 fois dans la matinée au téléphone pour savoir comment ça se passait et puis, qui suivait ça de chez elle. Donc, j'ai réuni toutes les équipes, tous, tous les gens, tous les gens qui travaillaient.

– oui.

– dans une salle de réunion et puis ben, voilà, j'ai réannoncé. Il y a des gens qui avaient été prévenus par d'autres, du coup, parce que moi dans la matinée, c'est vrai que j'avais accueilli ceux de 7 H, ceux de 7H 30, ceux de 8 H et puis après, il y a des gens que j'avais, j'avais, qu'étaient pas passés par le vestiaire ou pas par ce vestiaire là, enfin, voilà... Là c'est pareil, c'est pas facile, face à toute une équipe, on se dit est-ce que voilà et puis, j'ai à ce moment-là, confiée aux équipes qu'il fallait nettoyer la chambre, que moi je voulais bien le faire, mais que je ne le ferai pas toute seule parce que je ne m'en sentais pas forcément capable, toute seule. Donc, j'ai demandé s'il y avait une personne qui voulait bien venir avec moi nettoyer la chambre. Donc, y a une collègue aide-soignante qui est venue me voir à la fin de notre petite, petite réunion là, en me disant que voilà, qu'elle ne connaissait pas beaucoup, beaucoup ce monsieur-là finalement, qu'il y avait donc au niveau émotionnel quelque chose qu'elle allait pouvoir gérer et donc elle allait m'accompagner. Donc, on est allé nettoyer la chambre. Difficile aussi, je trouve, un moment, un moment difficile, et puis après, la famille est arrivée, la famille est arrivée, donc (euh), ils ont pu à la fois voir leur défunt dans un endroit qui était quand même plutôt paisible.

– (hum)

– pas, pas la scène qu'il y avait dans, dans la chambre quelques heures avant quoi, et puis pouvoir accéder à la chambre. La chambre était propre quoi,

– (hum)

– on avait nettoyé la chambre. Donc voilà. Et puis après, y a les équipes qui sont, certaines qui craquent, les gens qui. Donc toute la journée en fait. Après, j'ai même plus trop, franchement. Sur l'après-midi, j'ai même plus trop le vécu de l'après-midi. Moi, je sais que je suis rentrée chez moi à un moment donné, vers, vers 3,4 heures et je suis revenue après, parce que dans la soirée, j'ai attendu que les équipes

d'après-midi arrivent parce que je voulais faire la même chose, prévenir les équipes d'après-midi. Une fois que les équipes d'après-midi ont été prévenues bon, vers 2 H, 3 H, que c'était à peu près calme, je suis rentrée chez moi. Et puis, je suis revenue le soir, euh, je suis revenue le soir parce que je voulais absolument voir les équipes de nuits. Donc, je suis revenue le soir vers 5, 6 heures et puis j'ai, y avait encore pas mal de choses à faire, des, des, du rangement, des coups de fils. Et puis, j'ai attendu l'équipe de nuits. Et puis, ben moi, je suis partie après, je suis rentrée chez moi après. C'est vrai que, c'est... On est très pris dans l'action en fait sur, sur le moment. On est très pris dans l'action, mais (euh) c'est pas forcément... Je crois que c'est plutôt après finalement que les moments difficiles viennent. Sur le coup, on se dit bon ben oui, c'est bon, on verra. J'ai oublié de dire aussi que l'équipe, le, le, le médecin légiste avait rencontré les 2, les 2 équipes, les 2 membres de l'équipe de nuits, et elle avait vraiment eu un, elle avait vraiment eu un discours par rapport à elles, très déculpabilisant, leur disant : « voilà, un suicide, ça arrivait, ça arrivait dans la vie en général, ça arrivait aussi en structure et que voilà, fallait pas qu'elles, qu'elles se sentent fautives, que, qu'elle en voyait régulièrement dans les maisons de retraite ». Enfin, je crois que c'était important je pense que, que les équipes, que nous, qu'on puisse tous l'entendre.

– (hum)

– parce que forcément, on se demande aussi, nous, pourquoi. Voilà.

–d'accord. Et après le suicide quel retentissement ça a eu dans votre pratique?

– (silence) (euh) alors, après le suicide, c'était l'été. Moi, je suis partie, je suis partie en formation au mois de septembre.

– depuis le suicide ?

– voilà, donc c'est vrai, moi, j'ai été absente pendant un an du coup. Je pense que moi, je vais être beaucoup plus attentive. (euh), là, par exemple, on a une demande d'entrée d'un monsieur, une demande d'entrée, donc, j'ai appelé le médecin traitant qui m'a, qui m'a dit que c'était un monsieur qu'était, qui avait des problèmes de santé lambda et qui avait un syndrome anxio- dépressif, bon, qui était hospitalisé au CHU. J'ai appelé le CHU qui m'a confirmé que ce monsieur avait un syndrome anxio-dépressif, mais, bon les personnes âgées qui ont un syndrome anxio-dépressif, on en a beaucoup.

– oui.

– donc ça, voilà. J'ai donc appelé la famille. En discutant un peu avec la famille, j'aurais peut-être pas cherché un peu plus à savoir, mais j'ai un peu cherché à savoir le syndrome anxio- dépressif, j'ai pas parlé du syndrome anxio-dépressif mais j'ai demandé comment il était, s'il était enjoué, voilà. S'il, en fait, c'est un monsieur qui ne peut pas être enjoué, il a, il a un cancer, en l'occurrence qui se généralise. Son fils m'a donné des éléments, mais au bout de 20 minutes de conversation, il m'a dit que

son père, depuis quatre mois, ne sortait plus, ne discutait plus, n'avait envie de rien est, au bout d'un moment, il m'a dit, (euh), il faut que je vous dise un truc quand même, c'est que, avant hier, il était dans la cuisine, il a demandé à l'aide-ménagère de lui donner le petit couteau pointu qu'il y avait sur la table pour se curer les dents. Elle lui a dit qu'elle allait lui donner un cure-dent. Il est lui a répondu : « non parce que ça lui mettait des bouts de bois dans la bouche ». Le temps qu'elle aille chercher, elle lui a donc donné ce qu'il voulait, et le temps que, qu'elle aille chercher son aspirateur, quand elle était revenue, c'est un monsieur qui a des difficultés au niveau des mains et des bras donc, il ne peut pas vraiment se faire mal, mais il s'était quand même, il tentait quand même de se poignarder avec son petit couteau pointu. Donc (euh). Je pense avant que j'aurais pas vraiment cherché à creuser sur un syndrome anxio-dépressif autant que je le fais maintenant. Résultat, j'en ai parlé à la psychologue et au médecin coordonnateur en me positionnant vraiment, en disant que, voilà, on ne pouvait pas accueillir un monsieur qui était dans cet état psychologique, il fallait absolument qu'il y ait un suivi qui soit, qui soit fait. J'ai rappelé le CHU en ce sens, en leur donnant ces éléments-là, en leur disant c'est peut-être des éléments que vous n'avez pas eu, mais ce monsieur manifestement, nous, nous, il ne nous dit rien, il est très digne, oui, mais des messieurs très dignes qui ne disent rien, voilà quoi, moi, ça me résonne un petit peu quand même. Donc, (euh), ben ouais, le CHU m'a dit : « écoutez, on n'avait pas ces éléments-là, on va voir avec le médecin de, de, de l'équipe de soins palliatifs, ce qui peut être mis en place », et en tout cas, pour moi, évidemment, ce monsieur peut entrer chez nous, il n'y a pas de problème à ce qu'il entre mais je veux dire, je suis beaucoup plus sensible à cet, à cet élément anxio-dépressif, à des choses qui peut-être, peut-être, nous, on passe à côté. Dans les transmissions que je lis tous les matins, je, je suis plus attentive à quelqu'un qui dirait (euh) que, des résidents qui nous disent : « j'en ai marre, j'ai envie de mourir ». On en a quand même beaucoup, on en a beaucoup qui nous disent, moi, de toute façon, j'attends la mort, j'en ai marre maintenant, mais, je suis plus, je suis plus attentive, on va dire, à tout ça, oui

–D'accord. Et parler du suicide avec une personne âgée, vous en pensez quoi?

– (silence) Parler de la mort avec une personne âgée, c'est souvent pas compliqué...

– Oui.

– Parce que la nature fait qu'on arrive à un âge où il apparaît socialement décent d'en parler.

– Oui.

– Donc, on parle souvent de la mort avec les personnes âgées. Je pense, on parle peu souvent suicide avec une personnes âgée, et c'est difficile à recevoir, c'est, même, même si c'est une personne âgée, une personne âgée qui vous dit : « je vais me jeter par la fenêtre, je vais », cela reste, quand même, quelque chose de violent quoi, violent à dire, certainement, avec une grosse souffrance de la part de la

personne qui le dit, violent à recevoir aussi je pense, c'est-à-dire qu'il y a la mort et y a le suicide, y a ce qu'on admet en temps que, alors socialement et en tant que soignants. Je pense alors voilà, qu'on peut discuter de la mort avec une personne âgée parce que je vous dis, c'est acceptable socialement et même en tant que soignant c'est acceptable de l'entendre. La mort fait partie de, de notre quotidien de soignants. Donc, je pense qu'on n'a pas de tabous par rapport à ça. Sur le suicide, ça nous paraît encore quelque chose de, de, ouais je pense d'inacceptable, et on est dans, et c'est normal, je pense, qu'est-ce qu'on peut faire quoi. Alors, après ?

– **Et que pensez-vous de votre formation sur le suicide ?**

– Ma formation initiale, de ce que j'ai pu moi ?

– **Depuis le début, sur la formation que vous avez pu avoir depuis le début de votre exercice, qu'est-ce que vous en pensez ?**

-. Elle est, elle est quasiment inexistante, elle est quasiment inexistante. On n'est pas, on n'est pas du tout. (Euh), alors, je ne parlerai pas de ma formation d'un an à l'école des cadres parce que c'était pas, c'était pas voilà, on est sur une formation qui, qui n'est pas poursuivie sur ce thème mais ma formation initiale d'infirmière qui est un petit peu ancienne, alors je sais pas si les nouvelles formations l'abordent, mais nous, c'est très, très peu abordé quoi, quasi inexistant. Je pense que pour avoir compulsé les catalogues de formation continue, c'est un thème qui est relativement peu abordé.

– **Que pensez-vous des outils de repérage qui sont disponibles à l'EHPAD ?**

– C'est pareil, alors, on a des outils de repérage, on a quand même des outils de repérage justement sur la dépression, on a quand même, on peut pas dire qu'on n'ait pas, notamment on a une valisette Mobiquel qui existe. C'est pas celle qu'on a le plus déployée dans l'établissement mais elle a le mérite d'exister, quand même. Donc, autant nos formations initiales continues sont relativement pauvres en la matière, autant je pense, il y a de la part de nos instances, des choses qui sont faites pour essayer de prendre en compte le suicide, globalement la dépression et le suicide de la personne âgée.

– **Comment vous définiriez, vous, la crise suicidaire ?**

– La crise suicidaire globalement ou dans mon établissement chez la personne âgée ?

– **Chez la personne âgée, comment vous définiriez la crise suicidaire ?**

– (silence) Je pense que le suicide chez la personne âgée, (silence) c'est l'aboutissement je dirais d'une part d'une grande solitude, d'une très grande solitude et d'autre part elle est quand même liée à une forte douleur, que ce soit une douleur physique, une douleur psychologique. Dans ce qui est dit des personnes âgées qui, qui manifestent de mettre fin à leurs jours, on a, moi, je repérais 2 choses : soit la

douleur physique, c'est-à-dire j'ai mal, j'en ai marre d'avoir mal, ça ira jamais mieux, je serai toujours comme ça, ou, ou une douleur ou un handicap, ils ont l'impression d'être réduits à quelqu'un qui ne peut plus marcher, quelqu'un qui a fait un AVC, qui est hémiplégique, voilà. Donc, des douleurs, une douleur psychologique, je vous dis, c'est-à-dire quelqu'un qui est très réduit dans ses mouvements, qui a un sentiment de perte de dignité, qui dit : « voilà, regarder ce que je suis devenu je ne suis plus rien, je suis une charge pour tout le monde, je suis seul, mes enfants ne viennent plus, je ne vois plus mes petits-enfants ». Voilà comment, les éléments que je pourrais repérer pour étayer la crise suicidaire chez la personne âgée en institution.

– D'accord. Tout à l'heure, vous me parliez de la psychologue, je suppose qu'elle fait partie des soutiens et ressources que vous avez dans cette situation. Est-ce qu'il y a d'autres soutiens et ressources auxquelles vous pouvez faire appel autour de vous ?

– On a quand même le réseau Compas, qui est le réseau, quoi que là, on avait un partenariat Compas et on ne l'a pas utilisé parce que moi, je le connaissais peut-être un peu moins à ce moment-là mais on a quand même le réseau anciennement Respavie, le réseau Compas, qui s'appelle maintenant Compas qui, je pense, peut nous aider quand même, à la fois en amont, sur des situations que l'on pourrait trouver un peu délicates, avec des gens qui, qui manifestent l'envie de mourir ou, une grande souffrance ou autre. Je pense que eux peuvent être une sacrée ressource et puis par des groupes de paroles, mais, je les ai un peu plus découverts là, au renouvellement de la convention puisqu'ils nous ont présenté tout ce qu'il pouvait mettre en place dans l'établissement et moi je ne savais pas qu'ils pouvaient mettre en place autant de choses. Oui, ça peut être une ressource. Ce qui peut être une ressource aussi et qu'il a été, je pense, lors du décès de ce monsieur, c'est la cohésion de l'équipe, tout simplement, c'est-à-dire les collègues, les collègues, pouvoir en parler entre collègues, pouvoir aussi être attentif à, entre nous, vous allez avoir des gens pendant une semaine qui, qui ne vont rien dire et puis, il faut toujours être attentif à quelqu'un qui, d'un coup, va un petit peu moins bien. Je pense que l'équipe est une ressource énorme, c'est une ressource énorme parce que c'est une ressource au quotidien. La psychologue, vous allez la voir ponctuellement, Compas, ils vont pas pouvoir venir tout de suite. En l'occurrence, là je pense que vraiment sur, moi, c'est pas le premier suicide que je vis dans cet établissement d'un peu près, c'est le deuxième et dans les deux cas, je pense avoir pu compter sur les équipes globalement pour nous soutenir.

- Et de quoi vous auriez eu besoin pour gérer différemment la situation ?

– (silence) Moi, peut-être de ma direction, parce que c'est vrai que je me suis sentie un petit peu, un petit peu paumée. Après, ma direction je l'ai eu aussi dans la matinée. Elle était en vacances, donc elle était pas tout près. Elle a été très soutenant quand je l'ai eu au téléphone, c'est-à-dire que je l'ai eu, je ne sais plus, en début de matinée, quand elle a été informée. Donc elle a appelé tout de suite, on a

pu, mais c'est vrai c'était un soutien, et peut-être si elle avait été là, voilà, j'aurais senti moins ce poids, j'ai ressenti un poids là, quand même. Le médecin co : pas là, la psychologue : pas là, la directrice : pas là. Voilà, j'ai senti un petit peu un poids ce matin-là. Poids qui s'est un peu levé quand j'ai pu parler à ma directrice, qu'elle a validé aussi ce que j'avais fait jusqu'à présent, parce que c'est important aussi, parce qu'elle a pu me dire : « vous avez fait ça, c'est bien », voilà, et puis au bout de la conversation dire : « écoutez j'aurais pas fait mieux, c'est bien ce que vous avez fait », voilà. Ça, c'était important, c'est vrai du coup, ce matin-là peut-être que, mes grands partenaires c'est la directrice, c'est l'équipe de direction, ce qu'on appelle l'équipe de direction, c'est-à-dire le médecin coordonnateur, la psychologue et la directrice, voilà. Tous les quatre, on forme l'équipe de direction. Bon, peut-être que j'aurais aimé qu'un de mes partenaires de l'équipe de direction soit là ce matin-là parce que c'est avec eux que, avec, avec les autres collègues je suis, c'est une autre relation qui est différente, on a une relation de hiérarchie c'est une relation qui est différente même si il y a de la hiérarchie aussi dans cette équipe de direction, elle est complètement différente, on ne le ressent pas en poids hiérarchique, c'est une hiérarchie de compétences, c'est différent. Peut-être que ça m'a manqué, ouais, ce jour-là, d'avoir mes collègues qui étaient présents avec vous, peut-être pas tous, mais voilà. Ce qu'il a manqué peut-être après, c'est, (silence) je sais pas, c'est peut-être à un moment donné de pouvoir en parler. Comme je vous disais sur le coup, on se dit : « tout va bien », c'est quelque temps après que moi j'ai ressenti, quand même, des difficultés, j'ai, j'ai plus de mal à le gérer, voilà. Après il y a eu un membre de la famille de ce monsieur qui est, qui était très présente à la maison de retraite, qui venait régulièrement et que j'ai eu l'occasion de revoir et on a pu en reparler toutes les deux et c'est vrai que ça, ça m'a fait du bien, pouvoir en reparler avec la famille, pouvoir en reparler avec elle parce que, à un moment donné, vous, globalement, vous, vous occuper du suivi psy d'un peu tout le monde, sauf qu'à un moment donné, y a une collègue aussi qu'est venue me voir quelque temps après, qui m'a dit : « au fait, on t'a pas demandé, finalement, toi, tu l'a vécu comment ce truc-là, parce que ». C'est vrai, sur le moment vous le vivez bien, vous pensez bien le vivre et c'est après, je dirais quelque trois semaines après c'est un petit peu, un petit peu plus difficile, voilà. Je ne dirais pas que ça a manqué parce que finalement j'ai pu trouver les ressources aussi pour, comme mes collègues étaient revenus, pour en reparler, voilà.

– Est-ce que vous voyez d'autres choses à ajouter sur le sujet, d'autres choses dont vous avez envie de parler sur le sujet ?

– Ouais, c'est peut-être un sujet qui mériterait d'être abordé plus souvent, certainement. C'est un sujet difficile mais qui est difficilement acceptable, qui nous laisse un peu impuissant, on a laissé certains impuissants, on a laissé d'autres révoltés qui en tout cas nous met un peu en échec, notamment en tant que soignant et je pense que c'est peut-être un sujet qui mériterait d'être plus souvent abordé, voilà.

– Très bien. Merci beaucoup.

Entretien 2

- Alors, pour commencer pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

- P. A., je suis médecin traitant du patient et médecin coordinateur de l'EHPAD.

- D'accord. Depuis combien d'années exercez-vous ?

- J'exerce depuis 32 ans en médecine générale, je suis capacitaine depuis, euh (*silence*), une vingtaine d'années à peu près, et je suis médecin de l'EHPAD depuis, euh, 25 ans peut-être, aussi, avec un poste de médecin coordinateur depuis bien, bien structuré depuis une dizaine d'années, quoi.

- D'accord, ok. Est-ce que vous pouvez me raconter l'histoire de la personne qui s'est suicidée ?

- (*silence*). Donc M.X, c'est un patient qui avait d'abord eu une histoire personnelle douloureuse puisque faite de multiples décès. Bon alors, ça date un peu, j'ai peut-être occulté les choses, multiples décès dans sa famille, notamment perdu son fils, ses frères et sœurs, ses parents, ça paraît logique à l'âge qu'il a – et de famille, de reste que son épouse qui était démente et hospitalisée dans la structure fermée de l'établissement.

- *D'accord*

- cantou, euh, qui le reconnaissait, euh, qui le reconnaissait, donc, euh, il continuait d'avoir, quand même un contact avec son épouse, mais qui s'affinait au fur et à mesure du temps, enfin qui, qui se délitait au fur et à mesure du temps. Y a des fois, elle ne le reconnaissait plus, enfin donc, donc c'était difficile pour lui. Et donc, il avait, voilà, il avait de famille de reste que son épouse démente et donc, atteint de maladie de Waldenström, depuis longtemps il était paraplégique, euh, avec des histoires de (*silence*) de passé d'escarres qui a duré des mois et un pansement sous vide qu'a très bien marché mais donc des soins infirmiers pas négligeables et puis un temps de présence aussi important, puisqu'il y avait extraction manuelle des selles, sondages, hétéro-sondages, toutes les trois, trois à quatre heures, enfin bon voilà, il y avait tout un cortège de soins et d'accompagnement difficile pour lui puisque l'extraction manuelle des selles journalières et les sondages, c'était pas des choses faciles, et (*silence*), donc il a présenté une histoire médicale un peu, euh, avec des signes un peu neurologiques, moi qui me faisait évoquer, euh, soit, soit une histoire cérébrale, ou, j'avais un doute sur une récurrence de sa maladie de Waldenström, c'était pas une récurrence parce que sa maladie était toujours évolutive mais faiblement évolutive, donc le problème de sa neuropathie, pendant un moment était remise en cause parce qu'il ne savait pas trop finalement si c'était son Waldenström ou pas, donc là, il y avait un flou artistique et, et du coup je lui ai fait passer un scanner cérébral à ce patient et quand je lui ai dit que le scanner cérébral était normal, qu'il n'

expliquait pas ces troubles récents, il était lui rassuré, parce que, parce que ne faisait pas le rapport direct possible avec sa maladie de Waldenström et du coup avait dit : « moi, si ma maladie recommence, si j'ai quelque chose, je supporterai pas, c'est pas possible ». Donc moi, j'avais eu une alerte possible il y avait quelques, quelques semaines, avant je dirais, je dirais de mémoire six à huit semaines avant quoi. Quand je l'avais rassuré sur son scanner normal, les choses s'étaient posées et puis il avait dit bon : « c'est bien si y a pas de récurrence de ma maladie ». Voilà, ça c'est passé comme ça. Je continue de voir ce patient qui ne s'aggravait plus et puis quand il a fait son geste suicidaire, moi j'étais absent, j'étais en vacances. Je suis revenu quelques jours après que ce se soit passé et j'ai appris dans les trans, dans les transmissions du service qu'il avait eu un rendez-vous en hématologie quelques jours avant, deux ou trois jours avant son passage à l'acte et l'ambulancier donc aurait rapporté à l'établissement qu'il avait dit que sa maladie recommençait, voilà, qu'il était foutu ou je sais plus, enfin bon qu'il était rentré complètement désarçonné de cette consultation. Voilà, il est passé à l'acte donc trois jours après. Donc, moi quand je suis rentré, les choses s'étaient, je dirais, avaient été gérées par la cadre, l'infirmière et les AS mais surtout la cadre qui est rentrée de chez elle au petit matin, c'était en fin de nuit. C'est arrivé, elle a déboulé en milieu de nuit, elle a géré, elle a géré un peu le truc pour protéger l'infirmière qui elle, de mémoire, était enceinte et elle n'a pas voulu la choquer visuellement parce que, je crois que c'était quelque chose d'assez terrible, donc voilà, c'est elle qui a géré ça, donc voilà, moi je ne suis arrivé qu'après. J'ai donc voulu savoir ce qui s'était passé sur cette consultation d'hématologie. Il s'avère que ce n'est pas l'hématologue qui le suivait qui l'avait vu, c'était un interne qui l'avait vu en consultation. Voilà, je n'ai pas retrouvé l'interne, j'ai eu l'hématologue en question à qui j'ai relaté les choses en disant qu'il était rentré de consultation, et avait transmis ça à l'ambulancier et s'était suicidé trois jours après. Elle était au courant du décès. Bon, elle m'a dit : « écoutez, je ne sais pas ce qui s'est passé, je suis désolée ». Bon, voilà. Ça pas, ça l'a pas bouleversé plus qu'autre chose, plus que ça, enfin bon, c'est politiquement correct, quoi.

- hum

- Elle a pas cherché non plus, elle ne m'a pas proposé de voir, de retrouver l'interne, savoir ce qui s'était passé pendant la consultation, ce qui s'était réellement dit ou pas, voilà.

- hum

- Moi, j'ai pas géré, j'ai pas géré donc à chaud cette affaire-là. J'ai, j'ai, j'ai géré, comme c'était du personnel de nuit qui avait vécu le suicide puisque il s'est, il s'est, il a organisé tout son, tout son suicide de manière très, très réfléchié puisqu'il est passé à l'acte juste après un passage codifié du personnel dans sa chambre et donc, il savait que le personnel ne repasserait pas avant 3 heures dans sa chambre donc voilà. Il avait bien calculer son coup pour réussir son geste, donc, donc comme c'était du personnel de nuit qui gérait, je vois pas le personnel de nuit, moi, dans les horaires où j'y vais, je n'ai affaire qu'au personnel de jour et je vois le personnel de nuit de temps en temps en réunion, par contre d'accompagnement et y a pas eu de réunion tout de suite, ça mis un moment à se faire et ce soir on avait une FMC qui se passait dans l'établissement. J'ai vu le personnel, on a discuté du coup, à ce

moment-là, avec les aides-soignantes. J'ai réussi à voir les 2 aides-soignantes séparément finalement pour débriefer cette affaire-là, mais assez à distance,

- *hum*

- où je me suis aperçu qu'elles étaient effectivement très, très en souffrance, notamment une, toutes les deux mais une plus que l'autre réellement et c'est quelque chose qu'avait été, je dirais, débriefé officiellement, avec la direction, moi en tant que médecin coordinateur, peut-être médecin traitant, cadre, enfin voilà, le débriefing c'était fait par la cadre à chaud sur le moment et puis après ça s'était délité un peu, ce qui était complètement insatisfaisant pour le personnel et à posteriori pour moi dans ma fonction de médecin coordinateur et d'accompagnement d'équipes.

- D'accord. Et, depuis le suicide, quels retentissements ça a eu dans votre pratique ?

- (silence) Dans ma pratique, moi de médecin généraliste, rien de particulier, ça pas, ça pas majoré mon attention au risque de passage suicidaire de la personne âgée, parce que je l'avais avant, c'est à dire que les suicides des personnes âgées, c'est des choses qui sont rarement loupées contrairement aux suicides de jeunes. Bon, c'est, c'est quelque chose que je peux entendre, j'ai, j'ai des demandes d'euthanasie active qui me sont faites ou d'aide au suicide assistée qui me sont verbalisées régulièrement auxquelles je ne peux pas répondre, déjà pour des raisons juridiques, après voilà, les autres sont éthiques et ne regardent que moi en termes d'acceptation ou de refus mais, mais, voilà, juridiquement, je ne peux pas, mais donc, le geste suicidaire chez la personne âgée dans une certaine mesure ne me (silence) ne me choque pas tant que ça, c'est-à-dire que, par contre, je suis, j'y suis toujours attentif parce que, parce que, il se loupe pas et, ça pas, ça pas beaucoup varié, finalement, ma conduite à tenir et mon écoute en tant que médecin traitant. J'entends toujours bien cette demande et j'en parle sans fausse pudeur. Voilà, c'est quelque chose, je refuse jamais le dialogue là-dessus avec mes patients, au contraire. En tant que médecin coordonnateur, ça m'a renvoyé devant une situation qu'était manifestement finalement pas débriefée et ça s'est passé pendant que je n'étais pas là, pendant les vacances, donc, je crois qu'il y a un concours de circonstances fâcheuses qui fait ça pas pu être débriefé parce qu'on a eu d'autres. Alors on a eu un autre suicide dans l'établissement, il y a (euh) longtemps, qu'avait été débriefé rapidement, enfin bon, on avait vu l'équipe et puis on a eu d'autres trucs, accidents, accidents graves, enfin toutes les choses, enfin tout, ça été accompagné pour toute l'équipe rapidement. Bon là, il s'est trouvé que j'étais absent et donc, quand je suis revenu, voilà, j'étais pris dans le flot, c'est l'équipe que je voyais pas mais ça m'a quand même posé, voilà, fais réfléchir par rapport à ce, quel moment, quel temps il fallait donné, à quel moment même si je rentrais quelques jours après, enfin voilà. En tant que médecin coordinateur, ça m'a fait réfléchir (silence) et puis en tant que médecin, je dirais aussi coordinateur mais pas vis à vis de l'équipe, vis à vis de l'établissement et aussi du coup de l'équipe, en général, ça m'a fait réfléchir sur le, sur le facteur de risque suicidaire de, j' dirais de, qu'on a d'emblée chez un patient qu'on est susceptible d'accueillir. On a eu un cas de dossier de patient, qui a posé un dossier pour s'inscrire y a peu de temps avec, dans la description que faisait le fils, d'un passage à l'acte assez, somme toute peut-être anodin mais c'est jamais anodin, même si le

geste était anodin et sans danger, il avait une grande violence quand même, sur le plan, sur le plan psycho affectif, je dirais et voilà, c'est-à-dire du coup, on fait référence assez facilement au suicide antérieur en disant pas deux fois.

- *hum*

- Donc, je pense, on est, on est fatalement sensibilisé en terme de responsabilité pour l'établissement et pour la souffrance du personnel que ça va induire derrière, on, on, c'est évident qu'on est plus attentif, c'est une histoire qui reste dans les mémoires.

- *oui*

- Voilà, c'est évident

- Par rapport à votre formation, qu'est-ce que vous pensez de votre formation sur le suicide de la personne âgée ?

- (silence) Ben, j'en ai absolument aucun souvenir donc je dirais nulle.

- D'accord.

- Je me souviens pas avoir eu un cours là-dessus.

- D'accord.

- Dans mon cursus gériatrique, j'entends.

- Oui.

- En psy, pendant les études, on aborde le suicide et peut-être, ouais, enfin ouais, ouais, ouais, on avait dû me dire que effectivement les vieux ne se loupent pas.

- (hum)

- Voilà, ça peut se résumer à ça, une ligne quoi, donc et dans mon cursus de gériatrie, de mémoire : rien.

- D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez des outils de repérage que vous avez à disposition, que...

- Alors, c'est comme tous les outils, c'est à dire que y a certainement des choses qui sont bien, après faut avoir le temps de les faire, faut avoir le temps de se les approprier, il faut trouver le bon, il faut savoir si l'outil est bien, est bien strictement en rapport avec ce qu'on cherche. Est qu'on recherche un passage, un risque, un facteur de risque de passage à l'acte ou est-ce qu'on recherche simplement des items dépressifs chez la personne âgée, c'est pas tout à fait pareil, on peut être, on peut être âgé, dépressif et non suicidaire et on peut avoir assez peu de traits dépressifs et, ce monsieur-là n'avait pas dans son vécu journalier, n'avait, n'avait pas du tout, du tout, de comportement dépressif, il participait à tout, c'était quelqu'un de

jovial, qui blaguait avec les équipes, voilà, qu'était, qu'avait une façade, une façade, un vernis, super, super dynamique et agréable. Il montrait absolument pas sa détresse. C'était quelqu'un, je pense de, malheureusement qui s'était forgé au, au, au gré de ses multiples décès et notamment de celui de son fils, puisqu'il avait un fils unique et voilà il est mort. Il avait une belle fille qui était mal voyante, qu'il voyait peu. Donc, je crois qu'il s'était forgé une certaine carapace pour vivre quand même.

- Oui.

- Pour profiter quand même.

- Oui.

- C'est-à-dire que, c'est-à-dire que, il aurait pu se suicider avant, il l'a pas fait, il a pris une manière de vivre, de se présenter et de prendre ce que, ce que lui donnait le moment présent. Là, je pense, là, il a pas pu, donc, donc il a pas montré d'états d'âme, il a simplement organisé, ce qu'il s'était peut-être toujours dit en se disant, si un jour y a ça. Alors, si, il avait, il avait quand même préparé, il m'avait dit qu'il avait fait ses papiers quelques semaines avant. Il en avait parlé aux équipes aussi en disant que, bon, voilà. Il avait mis ses choses en ordre, pour son épouse et financièrement, j'sais pas quoi, enfin, il avait, il avait vu, il avait vu le tuteur de son, le notaire, peut-être bien, j'sais pas, enfin, voilà il avait quand même organisé les choses au cas où, quoi.

- (hum)

- Donc, c'était, je pense que, c'était prémédité en théorie de longue date son affaire, quoi.

- (hum)

- C'est, c'est, il lui fallait le, le, le, le truc supplémentaire qui ferait qu'il passerait à l'acte mais c'était déjà dans sa tête depuis longtemps, je pense.

- Oui, et, euh, comment vous, vous euh, pour vous, c'est quoi la crise suicidaire, qu'est-ce qui, quels éléments vous font dire, ou quand vous pensez à la crise suicidaire, à quels éléments vous pensez ?

- Je sais pas ce qu'on appelle crise suicidaire, si c'est, si c'est ce qu'entoure, si c'est ce qu'entoure le passage à l'acte.

- (hum)

- (silence) Ce que j'en pense, c'est que, c'est que la personne âgée a très peu de moyens de se suicider quelque part.

- Oui.

- C'est-à-dire que, c'est à dire que si elle est grabatisée, ce monsieur-là était paraplégique donc il pouvait pas se lever donc déjà, il pouvait pas se jeter par la fenêtre.

- (hum)

- Parce que le cas de suicide qu'on a eu, y a, y a 15 ans, c'est un monsieur qui, non, il s'était pendu, enfin, on avait eu une défenestration, on avait eu 3, 3, depuis 30 ans que je suis médecin ici, on a eu 3 histoires dans cet établissement et une autre dont je vais te parler après, il faudra que tu me fasses penser parce que c'est quand même en lien avec l'EHPAD, et, donc, donc la crise suicidaire, parfois, c'est, alors c'est idiot de dire ça, mais c'est encore pire de vouloir se suicider et de ne pas pouvoir le faire, c'est-à-dire c'est une détresse supplémentaire.

- (hum)

- Je crois que le droit au passage à l'acte ou la capacité de passage à l'acte c'est finalement, c'est ce qui va être salvateur pour la personne puisque, puisque de vivre devient impossible donc, donc la seule possibilité, je dirais, pas thérapeutique, c'est de se sauver soi-même, c'est le passage à l'acte. La personne âgée, souvent, n'en a pas cette possibilité, parce que physiquement elle n'en a pas pu les capacités, et qu'elle a peu de moyens. Elle va pas aller se noyer, elle peut pas ou aller se jeter sous un train, elle peut pas, elle peut éventuellement pas se défenestrer, alors les suicides dans les maisons de retraite : c'est les pendaisons avec le cordon à sonnette, quelque chose comme ça ou une cravate ou, ou, voilà, donc cette pendaison et puis c'est la première fois que je voyais ça, c'est un suicide de jeunes filles, quoi, dans les, dans les, telle qu'on décrit les choses et, et quelque part sans, sans mauvais esprit, se taillader les veines ça fait souvent sourire un petit peu le corps médical en disant : voilà on va avoir une petite jeune fille qui s'est donnée trois coups de canif sur les avant-bras, qui a à peine entaillé sa peau, voilà qui crie : « je vais pas bien » et qui a pas fatalement ou pas du tout envie de se suicider au final.

- (hum)

- mais c'est un appel à l'aide, je, je, on voit ça dans les films, on voit Marat dans sa baignoire, on voit, voilà, on a des images comme ça mais on y croit vraiment mais on se dit on ne se suicide pas comme ça, c'est pas possible. D'abord techniquement, faut, faut, faut y aller pour pouvoir saigner, pour mourir comme ça et puis, et puis, c'est pas possible quoi, la notion de douleur quand on le fait, on va donner le premier coup mais pas les autres quoi, c'est, enfin là c'est, c'est, je pense qu'on est dans un certain, (silence) dans un certain déni de réflexion par rapport à ce suicide-là, enfin. J'ai, j'ai, à chaque fois que j'ai essayé de penser, je dirais un peu intensément, à la situation, à la crise suicidaire, c'est le passage à l'acte de ce patient, j'ai, j'ai un énorme haut-le-cœur qui, qui, qui me vient dans le corps, quoi, quoi c'est, c'est terrible d'imaginer la détresse, le niveau de détresse, de ce patient là pour arriver à se suicider de cette manière-là et se réussir, c'est, c'est

- (hum)

- une terrible violence. Je crois, j'ai rarement vu ça, j'ai vu des suicides de personnes, de personnes âgées très violents à coups de fusil, meurtre de l'épouse et suicide du, du mari, ensuite dans un cas de démence de l'épouse, c'était très violent mais, mais moins que là. Je crois que le plus violent que j'ai jamais vu c'est, quelque part, c'est celui-là, celui-là puis l'autre suicide que j'ai vécu, qu'est pas passé à l'EPHAD mais

qui a un rapport avec l'EPHAD. J'ai un patient, j'ai un patient qui était en rupture à domicile, qui était, sans aucune famille, complètement isolé, voisinage sympathique, mais voilà, voisinage qui était inquiet, qui en avait un peu marre de pallier aux manques et aux trucs et voilà et c'était très anxiogène pour tout le monde, et voilà, on finit de « décider » le Monsieur de venir à la maison de retraite et il devait arriver en début d'après-midi et en début d'après-midi, je suis appelé par la gendarmerie parce que parce que ce gars-là était trouvé mort, sur son lit en complet cravate avec sa valise à côté de lui, à côté du lit, il s'était donné un coup de fusil dans la tête.

- Oui.

- et c'est l'ambulancier qu'il l'a trouvé parce que il avait appelé un taxi pour venir le chercher pour aller à la maison de retraite sauf qu'entre le moment où il a appelé l'ambulancier, le taxi, pour venir le chercher et qu'il arrive, il s'est dit que c'était pas possible, qu'il pouvait pas quitter son domicile et rentrer à la maison de retraite et il s'est filer un coup de fusil

- *Oui.*

- ça c'est pareil, c'était très violent, s'est lié avec l'EHPAD.

- *Ben oui*

- Parce que, parce que quelque part

- *Oui*

- Quelque part, c'était, c'était de l'anticipation

- *C'est l'entrée en EHPAD qui a...*

- Pour moi, c'est complétement en lien, quoi

- *(hum) d'accord.*

-...Donc voilà pourquoi cette thèse m'intéressait, j'ai pas fait la direction, tu sais pourquoi.

- (sourire)

- **Alors, après, je voulais qu'on aborde un petit peu les ressources au soutien que vous pouvez avoir autour de vous dans ces situations-là, est-ce que vous pouvez m'en parler ?**

- Les ressources, ouais, les ressources, alors d'abord on a une psychologue temps plein, on a une psychologue dans l'établissement, donc elle a joué un grand rôle quand même à ce moment-là, donc ça, ça c'est une ressource, c'est une ressource importante. Je pense que le médecin coordinateur est une ressource aussi, parce que je passe mon temps à débriefer des situations donc voilà, c'est, ça c'est un peu mal goupillé mais, mais c'est une ressource. La direction peut en être une, c'est pas le cas chez nous parce que, parce que, c'est, c'est pas son feeling de débriefer, je

dirais des choses comme ça, voilà, et moi, et moi je le fais, la psychologue temps plein, enfin voilà, je pense qu'il y a aussi une répartition des rôles, qui fait voilà, ce n'est pas une ressource. Alors après, on a des, ça c'est pour les ressources internes, on a une cadre qui est exceptionnelle, donc c'est pareil, chacun est une ressource pour l'autre, c'est-à-dire, qu'il y a beaucoup de dialogue dans l'établissement que ce soit d'AS à AS, d'infirmière à AS, de médecin à AS, médecin à infirmière, c'est-à-dire, donc, donc on peut très bien avoir un débriefing par une collègue ou un débriefing d'une infirmière à l'A.S., d'une, de la cadre à l'AS. Donc je pense que l'établissement en lui-même est une ressource parce que, parce que les collègues sont une ressource, donc, tout cela est intérieur. Extérieurement, on a donc COMPAS qui est la nouvelle appellation de RESPAVIE qui est le service de soins palliatifs à domicile d'accompagnement, en tout cas, c'est pas l'HAD, il ne donne pas de soins, il donne simplement, il donne des conseils, il intervient sur des conduites à tenir, et il font, ils font du groupe de paroles, ils font de l'accompagnement, ils font, on peut, on peut leur demander de l'aide à ce moment-là pour débriefer des situations difficiles, on l'a fait, pas pour, pas pour, pas pour Monsieur H, mais on l'a déjà fait.

- D'accord, ok et de quoi, vous auriez eu besoin pour gérer différemment la, la situation ?

- (silence) De plus de temps, de plus de temps, c'est-à-dire, si j'avais, moi, j'ai validé en charge de soins, au niveau de l'EHPAD, j'ai validé et obtenu un financement de mi-temps à l'ARS.

- (euh)

- ...j'en fais déclarer officiellement 0,17, de fait, j'en fais 0,25, voilà, c'est-à-dire que j'en fais grosso modo un quart temps. Si j'en faisais un mi-temps voilà, j'aurais peut-être eu plus, du coup, du temps pour, pour convoquer le personnel de nuit, voilà, c'est, c'est sûr, c'est sûr que la course au temps est un frein à faire les choses bien.

- (euh)

- ...à faire les choses bien, quoi, c'est évident, souvent on y arrive, mais là pas, là pas, donc, donc c'était, c'était un loupé quand même.

- D'accord. Est-ce ce que vous voyez d'autres choses à ajouter sur le sujet ?

- Ben, non, sinon, que c'est une histoire douloureuse.

- D'accord, bon. Merci.

Entretien 3

– Alors pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter, s'il vous

plaît ?

– Je suis MB, je suis aide-soignante à la résidence air de vie, depuis 1996. Je suis actuellement de nuit, mais je n'ai pas fait que des nuits. À la base, j'étais au service du SSIAD, donc je faisais le matin au SSIAD et je faisais des soirs sur la résidence. J'ai fait ça pendant une dizaine d'années et après, après j'ai pris un poste vacant, qui s'est présenté, j'ai postulé pour avoir un temps plein à l'EHPAD, de nuit.

– Est-ce que vous pouvez me raconter l'histoire de la personne qui s'est suicidée, s'il vous plaît ?

– Ben voilà, j'étais avec ma collègue, donc voilà, je dirais une nuit normale, au commencement normal. Nous avons fini notre premier, notre première ronde si on peut dire. Nous allions engager notre deuxième ronde, on commence à deux heures, voilà, et donc nous avons des soins avec des horaires un peu précis, c'est pas à une demi-heure près, mais, cette personne-là, nous allions la tourner, car elle avait un pansement, je sais plus comment ça s'appelle, en fait c'est un pansement qui aspire, donc qui demandait à ce que la personne soit tournée et bien voilà. Nous nous apprêtions à rentrer dans sa chambre. Donc, nous sommes rentrées, ma collègue ouvre la porte, je la suis et là, nous l'avons trouvé avec du sang sur lui et sur le coup, sur le coup on n'a pas trop compris. D'abord, je me suis dit il a rendu du sang par la bouche. Je ne voyais que le sang qui était sur son abdomen et pour le coup après, j'ai vu le couteau et j'ai vu son bras, donc j'ai tout de suite compris que c'était pas des vomissements mais c'était bel et bien un suicide. Donc, j'ai pris le pouls, tout en sachant que, j'avais rien quoi. Puis, on est ressorti aussitôt, on est ressorti aussitôt, choquées parce qu'on ne s'y attendait vraiment pas. Après, il nous a fallu cinq minutes, bien cinq minutes de pause pour reprendre, le temps de reprendre nos esprits, de se dire, voilà il faut qu'on appelle le 15, qu'on appelle la gendarmerie, qu'on appelle. Et puis après, tout s'est, tout s'est engendré. À partir du moment où on a appelé le 15, j'ai appelé le 15, j'ai expliqué. Ils m'ont dit : « ne vous inquiétez pas, on prévient le médecin et on prévient la gendarmerie ». J'ai trouvé ça vraiment bien parce que, on était déjà, ils ont pris ça en charge. On trouvait ça relativement bien pour le coup. Les gendarmes sont arrivés. Nous avons appelé la directrice, pas notre directrice parce qu'elle était en vacances. On a une liste des personnes de garde, enfin qui prennent le relais, s'il y a un cas grave, donc je l'ai appelé, elle s'est déplacée, on a appelé l'infirmière, l'infirmière, la cadre qui elle, aussi, s'est déplacée. Après, nous on a continué, disons, dans la structure, à s'occuper de cette personne, voilà et puis, y a le médecin légiste qui a du arrivé, y a, et puis après, bien entendu, il y a toute l'administration, pas toute l'administration mais une secrétaire mais qui arrive beaucoup plus tard.

– et vous émotionnellement, qu'est-ce que vous avez ressenti, comment vous l'avez vécu ?

– Sur le coup, voilà, le temps qu'on reprenne nos esprits et puis, on a appelé tout le monde. Le coup, le coup, c'est quand on est sorti de l'établissement quoi, pour moi.

Ça été, on aurait, on aurait bien. Après coup, on s'est dit, on a continué notre nuit comme si de rien n'était par rapport aux autres résidents, ce qui était compliqué un peu. On a un bassin par-ci, une sonnette par là, tout en ayant le fair-play de ce qui venait de nous arriver, quoi enfin. Là, ça été un peu dur, la nuit a été longue.

– Et quel retentissement ça a pu avoir dans votre vie personnelle ou dans votre choix professionnel, par exemple ?

– Ça faisait six mois, oui ça faisait six mois que j'étais donc de nuit. Ultérieurement, j'avais eu plein de, enfin, une accumulation de choses, de décès, de porter plainte. En six mois, là, je crois que ça a été le coup, voilà. C'est vrai que je me suis demandé si je devais continuer dans cette profession. Et puis, on se culpabilise parce que on se dit, on aurait peut-être dû voir, on aurait peut-être pu voir. Et puis, c'est vrai que cette personne-là, après coup, donc on, elle était paraplégique et il y avait plein d'accumulation de choses disant, visant son état de santé qui cumulaient. Il y avait aussi sa femme qui était au Cantou, qui était des fois pas bien. Donc, après coup, on a vu que finalement, il avait bien préparé les choses parce que, on a vu la famille l'après-midi, parce que nous sommes revenues pour aller à la gendarmerie, comme il y avait une déposition. Nous sommes revenus sur la résidence, on a été le revoir mais après être bien, ça nous a, ça nous a, là, on l'a revu mais vraiment bien, comme on pouvait le connaître et on a vu la famille. Moi ça m'a fait du bien de voir la famille parce que, elle nous a expliqué que finalement, elle non plus, n'avait pas vu, mais après coup, ben oui, il avait été à la banque, il avait fait plein de choses, régler des dossiers et tout ça ultérieurement et donc, c'était vraiment un acte, un acte prévu pour lui.

– Quel retentissement ça a eu, d'un point de vue personnel, dans votre vie de tous les jours ou dans votre vie familiale ?

– C'est vrai, dans ma vie personnelle, j'y repense, c'est clair. Sur le moment, j'en ai voulu à cette personne-là, voilà. Vu aussi, les six mois que j'avais vécus, je me suis dit : « ils m'attendent pour décéder, enfin voilà », là d'autant plus, cette personne qui met fin à ses jours. Après on se dit (...)« ils m'attendent quoi ». Ça tombait vraiment dans les nuits où c'était pas bien, il y avait des décès, plusieurs choses. Effectivement, je me suis dit longtemps, un moment, disant effectivement ça doit être moi, oui, ils m'attendent. Bon, là, ça y est, c'est passé. Ça s'est apaisé. J'ai été, après, on m'a proposé un soutien, je suis allée voir une psy, donc là, voilà. Le docteur (*médecin coordinateur*), plusieurs personnes, le psy m'ont dit : « de toute façon c'est aucunement de notre faute ». Ben oui, il avait prévu ça là, il avait prévu ça là quoi.

– Après cet événement, depuis cet événement, quel retentissement ça a eu sur votre pratique ?

– On est assez vigilante sur tous les gens, les gens qui ne sont pas bien, qui peuvent nous parler, voilà : « j'en ai marre, partir ». Voilà, on l'entend. Voilà, il y a des fois, ça

va pas bien, ben oui. On est assez vigilant dans le sens, ou oui, effectivement. D'ailleurs, un truc récent que j'ai vécu récemment, c'était une personne qui était dans le service Cantou, qui était en fin de vie et dont la fille était très, très proche de sa mère. Elle le disait elle-même, apparemment, moi, je ne les connaissais pas, qui n'avais jamais coupé le cordon. On était dans une phase de déni de voir sa mère. Pour elle, c'était impensable qu'elle décède et donc, elle a dit aux collègues de jour du Cantou : « la vie sans sa mère c'était inenvisageable, elle mettrait fin à ses jours, après si elle décède, elle porterait plainte parce que voilà ». Et moi, voilà, voyant ces transmissions des collègues, on s'est dit, si elle passe à l'acte, si sa mère décède dans une nuit que je suis là, dans les souhaits, elle souhaite être appelée de jour comme de nuit. On l'aurait fait, c'était pas le souci. Si effectivement, on lui apprend que sa maman est décédée et que, elle vient et met à exécution ce qu'elle a pu me dire, mais qu'est-ce que l'on fait, sachant que moi j'allais être avec des intérimaires pendant trois nuits, donc, je ne les connaissais pas du tout. Je me suis dit : « je ne connais pas leurs réactions, je ne sais pas si la fille, effectivement, va mettre à exécution ou pas ce qu'elle nous a dit, alors je suis venue effectivement le vendredi parce que, comme c'était le week-end, je suis venue un vendredi après-midi pour avoir des infos, pour que ça se passe au mieux, pour tout le monde. On me dit, de toute façon, les souhaits sont marqués sur l'ordi. Je dis oui. De toute façon, il est hors de question que je ne l'appelle pas. C'est pas ça la question. Après, on me dit ben oui, je dis, si elle arrive complètement choquée, voire même mettre à exécution parce qu'elle avait même dit à mes collègues qu'elle mettrait à exécution dans l'établissement. Si effectivement, elle fait vraiment ce qu'elle nous dit là, on est, il faut anticiper les choses, surtout, que j'avais eu ultérieurement, on est, on entend, ça percute voilà. Si elle vient et qu'elle est en choc et que ça vous est ingérable, vous appelez la gendarmerie. Pourquoi attendre, finalement je suis retournée chez moi avec ces réponses-là, sans être vraiment satisfaite, voilà, en croisant les doigts que ça n'arrive pas ce week-end et finalement la personne est décédée le lendemain, le samedi vers midi. La fille, en fait, avait évolué dans son discours et acceptait. Je me suis dit : « tant mieux, tant mieux que ce se soit passé comme ça ». Mais, en attendant, mes craintes, d'ailleurs l'infirmière m'a dit : « après ton passage, en fait, elle a fait un globe vésical », donc l'infirmier est arrivé. Elle me dit : « j'ai pensé à toi, parce que moi, je ne la voyais pas partir spécialement ce week-end ». Alors, je lui ai dit : « si je me suis déplacée, sachant que je faisais les nuits, je me suis quand même déplacée le matin pour demander, c'est pas, c'est pas, je ne me déplace pas non plus comme ça, j'ai cherché vraiment des réponses, je n'en ai pas eu.

– **Je voulais savoir aussi ce que vous pensez du fait de parler du suicide avec une personne âgée.**

– Juste après l'événement de Monsieur X., j'avais du mal, j'avais du mal à l'entendre. Effectivement, les gens qui sont en douleur, et bien donnez-moi quelque chose, c'est vrai, on a du mal parce on se dit : « pas un autre ». Aujourd'hui, on n'en parle pas ouvertement, ouvertement, parce qu'ils n'en parlent pas forcément ou alors, c'est

indirect dans leurs paroles. Quand on est réceptif, on comprend. En même temps, il y a des fois, c'est compréhensible parce qu'ils sont tellement dans la douleur, ils ne demandent qu'à partir, quoi. Aujourd'hui, oui, je les comprends mieux.

– **Et, qu'est-ce que vous pensez de notre formation, de la formation que vous avez pu avoir sur le suicide de la personne âgée ?**

– C'est dommage à dire, mais je dirais, tant qu'on n'a pas vécu, on ne peut pas vraiment s'imaginer.

– *Et quelle formation vous avez eu sur ce sujet ?*

– On n'a pas eu, pour ma part, moi, je n'ai pas eu de formation vraiment bien définie à ce sujet.

– **Et qu'est-ce que vous pensez des outils de repérage ou de dépistage que vous pouvez avoir à votre disposition ?**

– Je dirais, et bien à part l'écoute, on n'a pas d'outil vraiment défini pour dire, voilà, effectivement, il faut approprier pour telle situation, pour telle personne. On n'a pas d'outils, vraiment, à notre disposition. Je n'ai pas eu de formation, alors, les outils est-ce qu'il y en a ? Je ne sais pas. Je n'ai pas eu d'outils pour détecter des éventuelles crises suicidaires.

– **Pour vous, c'est quoi la crise suicidaire de la personne âgée. Qu'est-ce qui fait que vous repérez, qu'est-ce qui vous met la puce à l'oreille, quels éléments peuvent vous alerter ?**

– Je dirai après ça pour la personne, c'est clair, on avait rien senti, rien vu venir. Après coup, avec la famille, avec les soignants, on s'est dit : « ben oui, ben oui ». Nous, on est peut-être plus vigilants sur des paroles lancées, sur des choses comme ça, sur des mal êtres, parce que nous, souvent la nuit, ils sont peut-être un peu plus, voilà. La nuit est là, on est seul, seul. Les angoisses, les envies de, quand effectivement ils ne sont pas bien, de passer à l'acte peuvent être là aussi. Effectivement, on peut passer à côté parce qu'ils ne nous disent pas tout. Il y a des gens qui peuvent se confier plus que d'autres. On a toujours une vigilance d'autant plus lorsqu'on a eu un cas. Est-ce qu'on est capable d'identifier, pour ma part, je n'en suis pas sûre, je suis pas sûre de pouvoir dire c'est cette personne-là. C'est impératif, elle ne va pas bien. Je suis incapable de dire.

– **Dans cette situation là, quelles ressources ou quels soutiens vous avez ou vous avez eus ?**

– Soutiens, au niveau de la résidence, j'ai eu du soutien, moi, en fait, ça s'est passé dans la nuit d'un samedi au dimanche. Ma collègue s'en allait en vacances le dimanche, non, elle était en vacances le dimanche matin, si vous voulez. Moi, c'était

un changement par rapport à une collègue. Je lui rendais un jour qu'elle m'avait avancé. Moi, je reprenais le lundi soir, donc, je suis retournée. Pour moi, j'étais encore dans le truc. Je suis retournée au boulot, voilà. On ne m'a même pas proposé. Soutenue, c'est un grand mot. La cadre nous a très bien soutenue. Le bémol, je dirais que c'est la directrice. Pour le coup, on a rien eu et ça nous est resté en travers, un peu en travers de la gorge. Moi, je suis retournée le lundi et comme notre directrice était en vacances, quand elle est revenue, je crois que c'était une semaine après. Je me suis dit que je vais être convoquée pour, voilà. Et je n'ai strictement pas eu de coup de téléphone, ni même quand j'allais à la résidence le jour pour des réunions, des choses comme ça. On passe par l'accueil voilà. Je ne suis même pas sûre qu'elle sache qui, vraiment, était là cette nuit-là, je ne suis pas sûre.

– **Pour vous, de quoi vous auriez eu besoin pour gérer la situation différemment ?**

– Vous voulez dire la nuit, non, ou après ?

– **Qu'est-ce qui vous a manqué, entre guillemets, de quoi vous auriez eu besoin ?**

– Entre guillemets, on aurait eu besoin d'être secondée la nuit, pour finir au moins la nuit parce que, comme je le disais tout à l'heure, c'était très, très dur de donner le change à certains résidents, surtout que ce monsieur-là c'était quelqu'un de connu, il jouait aux cartes. C'était un pilier de la résidence. Mettre un bassin, lever une personne pour aller aux toilettes, « bonne journée », ça sonne mal quoi. Surtout, quand on sait qu'après certains vont être prévenus du décès de ce monsieur-là et qu'il avait mis fin à ses jours. On aurait, oui c'est vrai. C'est fait. On a quand même été bien soutenu par le 15, par le service du 15. Lorsque j'ai appelé, ils ont bien senti dans ma voix que c'était très, très, très dur. Voilà, les médecins du 15, c'est de l'urgence. Je suis sûre qu'ils avaient certainement autre chose à faire. Ils nous ont rappelé 15 minutes après, pour nous demander des nouvelles, mais à nous. J'ai trouvé ça très professionnelle, enfin voilà. J'ai jamais eu de problèmes avec le service du 15. C'est vrai, ils en voient de toutes les couleurs, mais là, pour le coup, ils nous ont rappelé, j'ai trouvé ça très aidant. Mais c'est vrai, on aurait bien aimé finir la nuit pas forcément en quittant l'établissement, en ayant des collègues pour gérer la fin de la nuit parce que la vie continue. Pour les autres résidents, on est là aussi pour eux. Ça nous a manqué quand même. De finir la nuit, ça été un peu pénible.

– **Est-ce que vous voyez autre chose à ajouter sur la situation ou sur le sujet ?**

– (silence). Non. Sur le coup, non. Et puis, on se dit finalement non et on se dit que j'aurais pu lui parler de ça. (Silence). Nous, ce qui nous a été dur, c'est que cette personne, elle était dans une chambre et que 15 jours après la chambre était déjà prise. J'en avais parlé au docteur J. Il me dit, voilà, pour vous cette chambre-là, était à Monsieur, Monsieur X. Nous c'est vrai, 15 jours, ma collègue était encore en

vacances mais moi, 15 jours après, on retourne dans cette chambre. Ouvrir la porte, quelqu'un d'autre, c'est quelqu'un d'autre, mais on a encore en tête l'image du truc, moi, ça m'a été dur. Je sais qu'ils ne peuvent pas garder des chambres comme ça, sachant que, on savait qu'ailleurs, ailleurs il y en avait d'autres de vacantes, temporairement, donc, c'est pour ça, que je dis : « soutenue », enfin, moi, je ne me suis pas sentie beaucoup soutenue. C'est vrai, par rapport à la direction, il n'y a pas eu de regroupement d'équipes, ne serait-ce que pour qu'on en parle ensemble. Là, on avait des équipes le matin, la cadre a donc annoncé la raison du pourquoi elle était là car c'était un dimanche. De voir la cadre un dimanche où même autre personnel, on se dit, il s'est passé quelque chose. Le soutien, on a manqué de ça. On a manqué de relève pour finir la nuit, d'aides humaines. Oui, c'est pas un acte banal, ça été physique. De le voir, il y en avait partout, sur le sol, sur lui. La vue qu'on avait. Je ne souhaite à personne de voir ça. Après, on l'a vu mais je dirais 15 jours après c'est comme si il n'y avait rien eu. Mais là, il y a eu quelque chose, mais là, c'est tout juste s'il y avait quelque chose, mais moi j'ai ressenti ça en allant à mon travail.

– D'accord, on va s'arrêter là. Merci beaucoup.

Entretien 4

– Pour commencer, pouvez-vous vous présenter, s'il vous plaît ?

– Je m'appelle F.J, j'ai 26 ans, je suis aide-soignante depuis juillet 2011. Je travaille à l'EHPAD depuis septembre 2011, donc ça va faire trois ans et demi.

– Est-ce que vous pouvez me raconter l'histoire de la personne qui s'est suicidée dans votre établissement ?

– Alors, cette personne, nous, par rapport à la résidence, à cette époque-là, on était sectorisé. Cette personne était au deuxième étage, sa chambre était au deuxième étage et du coup, j'étais à cet étage-là, référente de cet étage-là. C'était une personne qui était autonome, qui se débrouillait vraiment toute seule, qui était sondée, qui avait une sonde urinaire. Du coup, il n'y avait que les infirmières qui intervenaient dans la chambre et nous le soir, pour l'aider à mettre ses collyres. C'était un monsieur qui avait 93 ans, je crois, enfin, à peu près de cet âge. C'est un monsieur qui n'acceptait pas du tout de devenir dépendant. En fait, le jour où il a décidé de se suicider, il devait avoir rendez-vous avec son médecin, son médecin qui devait lui annoncer qu'il avait une tumeur au niveau du foie sauf que lui, il avait ressenti, il a toujours dit qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Il ne savait pas l'expliquer, mais il savait qu'il y avait quelque chose qui fonctionnait mal, en fait, dans

son corps. Voilà, après, il a décidé de passer à l'acte. Voilà, c'était la personne. C'était quelqu'un qui était très jovial, qui aimait discuter avec les autres, qui aimait discuter avec nous, qui prenait soin de nous, il demandait toujours si ça allait, voilà. Il aimait bien, en fait, discuter ce monsieur mais, il n'aimait pas parler de son état. Du coup, quand il s'est suicidé, il nous a laissé une lettre pour le personnel soignant où il disait que c'était vraiment réfléchi, que ça faisait longtemps, non, qu'il avait réfléchi. Du coup, il se voyait diminué, en fait. Au niveau de son audition, il sentait qu'il perdait, au niveau de la vue, ça baissait beaucoup et après comme il baissait, il sentait qu'il avait quelque chose au niveau du foie, ça n'allait pas. Et comme il ne voulait pas du tout devenir dépendant, il a préféré se suicider.

– Et comment vous avez vécu cette situation ?

– En fait, il a fait ça le 1er avril. Donc, c'était en 2014, oui, l'année écoulée. Je suis un peu perdue dans les années. Moi, quand je suis arrivée, j'étais d'après-midi et du coup, la première arrivée. On s'attend à se faire des blagues, tout ça. Une collègue nous dit : « bon, j'ai une mauvaise nouvelle, Monsieur X s'est suicidé ». J'étais avec une autre collègue qui arrivait juste et au début, on a cru à une blague, sauf que du coup, elle nous a dit : « non, non ». On a été convoqué, toutes ensemble, à 11 heures et la gendarmerie qui est venue, donc, voilà. L'annonce a été très brutale parce que, on ne s'attendait pas, je ne m'attendais pas du tout à ce qu'il passe à l'acte. C'est pas, il n'en avait jamais parlé de propos suicidaires ou autres. En fait, au début, c'est pas de la curiosité, on se sent toujours un peu coupable. En fait la veille au soir, c'est moi qui suis passée dans sa chambre. Donc après, il y a un peu de culpabilité, dans le sens où j'aurais pu, peut-être, discuter un peu plus longuement, voir que ça n'allait pas. Plein de sentiments, en fait, qui se mélangent, des mauvais souvenirs, aussi, qui remontent à la surface côté personnel. Beaucoup d'incompréhension au départ, sans savoir qu'il avait laissé cette lettre au final. A force de réflexion, je comprends, en fait. Ça peut paraître bizarre vu par certaines personnes, on peut ne pas comprendre son geste mais venant de cette personne, c'est compréhensible. Mais ça, ça été fait après mûre réflexion.

– Et, ça eu quel retentissement dans votre vie personnelle, du coup ?

– Moi, c'est un peu particulier dans le sens où, un an avant, j'ai perdu mes parents. Du coup, y a le souvenir des parents qui est remonté. En fait, mon papa est décédé d'un cancer du poumon et ma maman est décédée d'un cancer du foie. Donc, du coup, un peu d'injustice, un peu de colère aussi, pourquoi est-ce qu'il a fait ça. Enfin voilà, il avait encore, pas beaucoup de choses à vivre mais il avait encore, peut-être encore des mois ou des années à vivre, il avait encore peut-être des mois ou des années devant lui, enfin voilà, ce qui est fait est fait. Beaucoup de réflexions, beaucoup de remises en question, en fait. Est-ce que j'aurais pu faire quelque chose de plus. Au niveau personnel... Je vous dis, ce sont des souvenirs qui remontent à la surface. Au départ, c'est pas évident à gérer. Beaucoup d'émotion qui venait d'un coup.

– Quelles conséquences ça a pu avoir dans votre choix professionnel, est-ce que ça l'a remis en question ?

– Oui. Après, je suis quelqu'un qui me remet souvent en question. Ça d'autant plus, dans le sens, est-ce que, est-ce qu'il faut que je continue dans cette voie-là. Mais après, ça aide avec les autres résidents, avec les autres personnes, pas forcément résidents mais avec les autres personnes où on sent, qu'il y a, peut-être, un côté dépressif ou même des personnes qui paraissent plutôt bien, de plus approfondir, en fait, les choses avec ces personnes, d'essayer de creuser un peu plus pour voir s'il n'y a pas un mal être qui survient au plus.

– Ça a provoqué un changement dans votre pratique professionnelle ?

– Oui, un peu plus. Pas énormément, puisque je le faisais déjà mais, oui, un peu plus quand même, plus dans la profondeur.

– Parler du suicide avec une personne âgée, vous en pensez quoi ?

– Je pense que c'est un sujet qui est très difficile à aborder, après, il faut en parler, pas pour éviter ce genre de choses mais, peut-être, pour apporter d'autres solutions à la personne. Après, moi je pense, enfin, en en parlant avec les collègues, ce monsieur il avait décidé, il avait décidé, il savait ce qu'il allait faire, parce que apparemment... Moi, ce que j'ai entendu parler, c'est que, c'est qu'il a été dans l'étang, juste derrière le château, en fait, et que ses affaires étaient posées à plat sur la berge et en fait, la veille, il y avait, je crois, le repas des familles, il y avait même le menu du repas des familles qui étaient posé sur cette veste et il y avait son prénom dessus. Donc après, je me dis une personne qui a vraiment décidé de se suicider, on ne pourra jamais l'en empêcher. Après, en parler avec les autres résidents, enfin, avec les personnes âgées en général, c'est plus difficile. Moi, je ne vois pas comment je pourrais aborder le sujet, en fait. Par la suite, les personnes avec qui il déjeunait à table ont remis ce sujet-là sur table. Pourquoi il a fait ça, moi aussi, je vais faire comme lui. Donc, ça a emmené la discussion, tout seul par le biais de ce monsieur. Là, c'était plus facile. De là, à aborder le sujet, je pense que c'est plus compliqué. Après c'est même un sale boulot pour nous, même nous, on n'en parle pas forcément. Je pense qu'on s'imagine pas qu'une personne âgée puisse le faire, tout simplement, et du coup, le sujet ne vient pas forcément.

– Qu'est-ce que vous pensez de votre formation sur le suicide de la personne âgée ?

– Moi, personnellement, je n'en ai pas eu en formation d'A.S., ou alors, ça devait être sur un très court laps de temps, mais je ne me rappelle pas avoir eu un sujet précis sur le suicide de la personne âgée. –

– Et, qu'est-ce que vous pensez des outils de dépistage qui peuvent être à votre disposition ?

– Je ne sais pas, dépistage ?

– repérage

– après, honnêtement, je ne me suis pas plus renseignée que ça sur le sujet, en fait, ça c'est vrai.

– C'est pas du tout dit dans le sens d'une critique. S'il y a des outils de dépistage ou de repérage à l'EHPAD, qu'est-ce que vous pensez de ces outils-là ?

– Ça pourrait être bien, surtout par le biais de formation, de prendre un temps avec des personnes qui sont spécialisées au niveau du suicide pour nous en parler justement et pour voir justement ces moyens. Après, si c'est juste écrit, on ne prendra pas forcément le temps de lire, ça c'est clair.

– Si on vous donne un document écrit ?

– On le lira mais on survolera, je ne pense pas que ça rentrera bien dans nos têtes.

– ça aura moins d'impact ?

– Oui.

– quelles ressources ou quels soutiens vous avez autour de vous face à des situations comme ça sur le plan professionnel ?

– On a surtout nos collègues soignantes, après on a nos collègues infirmières qui sont au top là-dessus. Ensuite, on a une psychologue qui intervient une journée par semaine dans la résidence. Si on a besoin, on sait qu'on peut aller lui parler ou prendre rendez-vous avec elle. Après, je pense que c'est un peu partout pareil dans ce genre de situation, on est une équipe qui est assez soudée et on peut facilement parler entre nous de ce que l'on ressent. On sait qu'on ne sera pas jugé. Donc, du coup, ça nous aide à évacuer aussi à ce niveau-là et heureusement.

– Au moment de cette situation, au moment du suicide de cette personne, comment, qu'est-ce qui s'est mis en place dans la maison de retraite ?

– (silence). J'ai l'impression que c'était il y a tellement de temps. Je ne sais même pas si on a mis quelque chose de plus en place. Je vous dis, mis à part nous, notre façon de travailler, on essaie un peu plus de creuser. Là, comme ça, franchement, je ne vois pas.

– D'accord. Et de quoi, vous auriez eu besoin, pour gérer différemment cette situation ?

– Je pense qu'on peut pas, c'est des situations qu'on peut pas gérer, en fait. Ça nous tombe dessus. Moi, ça m'est tombé dessus. C'était un choc et je pense que n'importe quel outil qui sera mis en place, ça aidera pas forcément à se préparer à ce

genre de situation. Ça reste une mort pas naturelle donc... Non, je pense qu'on ne peut jamais être préparé, même si on dit qu'on doit garder une distance avec les résidents, on ne doit pas être trop proche. Il y a toujours un lien qui se crée. Une mort naturelle, voilà, on se prépare, on se prépare à ce que la personne elle parte même si des fois c'est difficile, qu'un suicide... Moi, je ne pense pas que, on puisse mettre d'outils particuliers en place, mis à part que, une psychologue intervienne ou des choses comme ça, avoir des aides à côté en plus et les équipes soudées, voilà, moi c'est tout ce que je peux voir qui peut être bien, en fait.

– Est-ce que vous voyez d'autre chose à ajouter sur le sujet, sur ce sujet-là ?

– Le suicide d'une personne que ce soit âgée ou pas, je pense que ce sera toujours difficile, difficile à accepter. En fait, aussi, ce monsieur n'était pas marié, il était veuf, je ne sais plus mais il n'avait pas d'enfant. Donc, il y avait très peu de personnes qui venaient le voir. Il avait très peu de famille. Après, pour les personnes qui ont une grande famille, qui ont une famille, tout court, je pense que c'est difficile à accepter pour l'entourage, ce qui est normal aussi, difficile, oui, d'accepter que la personne est fait ce geste. Et, pour faire le deuil, je pense que ce n'est pas facile. Après, c'est mon avis personnel.

– Comment vous avez géré la famille ?

– Moi j'étais pas là, j'ai pas vu la famille. Après... Ce que je sais, c'est quand il est rentré à la résidence, il avait un frère qui est décédé avant lui et après, en terme de famille, je ne sais même plus si il lui restait de la famille. Je ne suis pas sûr, parce qu'il avait tout préparé aussi, à ce niveau-là, au niveau de l'enterrement, du cercueil. Tout était prêt, en fait. Il avait vraiment organisé son truc.

– Merci beaucoup.

Entretien 5

– Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter, s'il vous plaît ?

– S.A., 43 ans, infirmière depuis 20 ans, travaillant en EHPAD depuis, on va dire, sept ans, suite à un choix professionnel et un changement géographique. Le choix public personnes âgées parce que, je dirais, aux termes de mes années d'expérience, c'est le public avec lequel je n'ai pas le plus d'affinités mais vraiment lequel j'avais envie vraiment d'aller. Voilà.

– Dans votre établissement, il y a eu une personne qui s'est suicidée ?

– Oui, il y a eu récemment un suicide qui a été vécu de manière très, très violente par l'équipe, parce que le monsieur n'a rien laissé qui laissait présager, n'a rien laissé pressentir, a fait comme ses petites habitudes habituelles et puis, nous avons été alertés par les pompiers, la gendarmerie parce qu'il venait de se jeter dans cette espèce de mare qu'il y a à proximité de l'EHPAD. Donc, c'était plus pour une reconnaissance de corps. Personne s'y attendait.

– Il avait une histoire personnelle particulière, peut-être ?

– Une histoire personnelle particulière et surtout, je pense que là, il était dans une phase où on venait de lui découvrir une pathologie qui allait sûrement s'avérer très difficile et ce, vers quoi, il ne voulait pas tendre. Il a pris la décision de mettre un terme avant de se voir petit à petit diminué. Et puis, si je tiens à rajouter quelque chose, c'est que ce monsieur a été aussi très préservant pour l'équipe parce que, il n'a rien dit, mais en même temps, il avait préparé un courrier pour l'équipe pour remercier tout le monde, pour expliquer son geste, dire à chacun et, de ne pas porter de jugement, et que lui était très respectueux de chacun. Ça, pour une équipe, c'est très fort, c'est très, très fort.

– Ça vous a déculpabilisé du coup ?

– Pour l'équipe, énormément, énormément, c'est sûr, c'est certain. Après, même si des fois, on a toujours un regret de ne pas avoir pu trouver le fil conducteur, de ne pas avoir été là au moment où... C'est jamais quelque chose de facile le suicide de l'autre.

– Et comment vous l'avez vécu personnellement, quel retentissement ça a eu dans votre vie personnelle ?

– Alors moi, à titre personnel, de par mon vécu professionnel, je me suis mis beaucoup à distance, et puis voilà, je dirais qu'au départ forcément ça été violent parce que les circonstances ont fait que ça été violent, parce que l'équipe était en grande souffrance. Mais sinon moi, à titre personnel, je me suis rapidement distancée et puis, toujours restée dans le respect et le choix de ce que avait pu souhaiter ce monsieur et son jugement surtout, pour moi, c'est important.

– Et quel retentissement ça a pu avoir dans votre choix professionnel, si ça en a eu, est-ce que ça a remis en cause ?

– Non, ça n'a pas remis en cause. Après, on se pose toujours certaines questions. On se dit, malgré l'expérience, et bien, on est toujours éprouvé, c'est toujours un moment difficile. C'est un moment difficile pour soi, c'est un moment difficile pour encadrer une équipe. Il faut se distancier, il faut aussi pouvoir en parler en équipe. Et puis, on a été aussi soutenu. On a eu, aussi, l'occasion d'en parler entre nous, d'en parler avec une psychologue, ça, c'est important. Pouvoir tout de suite, mettre des mots sur une émotion, un ressenti.

– Et depuis cet événement, quel retentissement ça a eu dans votre pratique ?

– (Silence). Je sais pas. Difficile à dire. Peut-être, je dirai peut-être qu'on est plus à l'affût, plus à l'écoute ou plus dans l'observance, de petites choses qui pourraient quelquefois passées anodines puis, avec le temps, on reprend sa pratique professionnelle. On essaie, voilà, on essaie d'avancer et puis, il ne faut pas qu'on soit sans arrêt dans un, dans une psychose du suicide et de l'interprétation de chaque fait et geste puisque des fois on est complètement à côté aussi.

- Et qu'est-ce que vous pensez de votre formation sur le suicide de la personne âgée ?

– À mon sens, dans les études d'infirmière, c'est quasiment inexistant, en tout cas, c'est pas suffisant. Donc, je pense que ce serait important qu'on en parle plus, qu'on donne aussi aux équipes, moi, quand je dis aux équipes, c'est à la fois les infirmiers, les aides-soignants, les médecins, tous les intervenants, les familles, les bénévoles, des temps. On les informe, on les écoute, on est présent. Moi, je trouve que ça manque, même si, en 20 ans, y a quand même une évolution.

– et, au niveau du temps de formation vous voulez dire ou de ?

– et du temps de formation et puis du temps réel, du temps d'écoute sur un temps de travail. Même, s'il n'y a pas de suicide, après tout, qu'est-ce qui empêche, à un moment donné, que ce soit un sujet qui soit abordé parce que ça peut arriver, ça peut aussi arriver à l'extérieur d'un lieu de travail mais toucher aussi dans son activité professionnelle. Je pense que c'est important.

– Qu'est-ce que vous pensez des outils de repérage que vous avez à votre disposition ?

– Les outils de repérage. Alors, quand vous me parlez d'outils de repérage, ça ne raisonne pas, à part l'observance de certaines attitudes ou de certains comportements.

– J'entendais des mallettes d'information justement sur ce thème ou des tests de dépistage, des questionnaires ou des échelles.

– Je dirais parfois qu'il y a des échelles de Beck, des échelles de dépression. J'ai pas, véritablement, à ma connaissance, des outils de repérage, mais peut-être, parce que moi-même, je suis pas suffisamment informée sur ce sujet.

– A l'EHPAD, est ce qu'il y en a à votre disposition ?

– S'il y en a, j'en ai pas connaissance.

– Parler du suicide avec une personne âgée, que ce soit à l'EHPAD ou hors EHPAD, qu'est-ce que vous en pensez de parler du suicide avec une personne âgée ?

– Je pense que c'est important. Après, tout dépend de qui vient la question ou dans quel contexte ça se passe. Est-ce que, c'est justement parce que, on sent chez la personne, il y a peut-être une fragilité ou la mort est évoquée. Est-ce que c'est parce que, il vient d'y avoir un suicide au sein de la résidence et on ressent, ou la personne fait, demande à parler. Tout dépend du contexte. Mais, je pense que, de toute façon, la mort il faut en parler à partir du moment où la personne, on l'accompagne. Après, que ce soit une mort choisie ou un suicide, parce que suicide de personnes âgées, pour moi ça évoque différentes choses. Il y a le choix et puis y a aussi la personne âgée qui peut avoir une démence ou un trouble psychiatrique qui peut avoir aussi un passage à l'acte complètement... C'est un suicide, mais est-ce que c'est un suicide voulu. Après 13 ans de psychiatrie, j'ai toujours des questionnements, donc voilà.

– Donc, vous me parliez, tout à l'heure, d'une psychologue qui était intervenue après le suicide. Je suppose qu'elle fait partie des soutiens ou des ressources que vous avez pu avoir dans ces situations. Est-ce que vous pouvez m'en parler un petit peu, de cette ressource là et puis, peut-être, des autres que vous pouvez avoir autour de vous ?

– Alors, nous avons la chance de bénéficier d'un poste de psychologue sur site, qui intervient par vacation, une à deux fois par semaine auprès des résidents, qui peut intervenir auprès des équipes sur demande, soit sur une étude de cas, soit sur un groupe de soutien, soit sur un soutien famille. Après, on peut demander, également, au médecin coordonnateur d'être présent et d'être à l'écoute, à l'IDERCO : l'infirmière référente, coordonnatrice ou responsable de site. Après, dans les intervenants extérieurs sur l'EHPAD, pour l'instant, nous n'en avons pas forcément. On peut, dans certains cas particuliers, dans des contextes de soins palliatifs et puis, si quelqu'un met fin à ses jours, faire intervenir l'équipe mobile, ça peut être aussi un élément ressource. Après, pour l'instant, il n'y a pas véritablement d'autres éléments ressources. Mais, je ne suis pas sûre, que multiplier les acteurs, ce soit forcément nécessaire. Après, quand on a un acteur identifié et puis qui est présent, je trouve que c'est déjà très bien.

– Et le soutien se trouve dans l'équipe aussi ?

– Oui, aussi. À partir du moment où on peut faire circuler la parole, avoir un lieu où chacun puisse poser les choses sans être jugé des autres, je pense que c'est fondamental.

– Avec le recul, là, est-ce que vous pouvez identifier ou pas certaines choses qui vous auraient permis de gérer différemment cette situation ?

– Sur cette situation-là, non. Je crois que, il faut rester dans le respect, dans le choix de ce que a pu mettre en place le résident qui effectivement, lui de son côté, avait bien préparé les choses et de manière très, et avec beaucoup de discrétion. Je sais pas, je suis pas certaine qu'on pouvait, moi, de toutes façons, même avec du recul, je n'imaginai pas passant à l'acte, à ce moment-là. Peut-être, un petit peu plus tard,

dans l'évolution de la pathologie, mais peut-être pas forcément dès le début.

– Et, de quoi vous auriez besoin, là, pour gérer ce type de situation. Est-ce que vous auriez des besoins ?

– au jour d'aujourd'hui ?

– oui

– je crois que ce qu'on aurait le plus besoin, c'est de continuer des groupes de paroles, de soutien d'équipes. Après, des éléments de repérage, je pense que, il y en a sûrement, il y a sûrement des choses qui existent. Alors, peut-être en être informé, s'il y a des kits. Après, j'ai envie de dire, c'est véritablement au cas par cas.

– Et la crise suicidaire, pour vous, c'est quoi ?

– La crise suicidaire (silence)

– par exemple, là, chez la personne âgée, qu'est-ce qui va vous alerter ou vous...

– Des changements de comportement, des changements d'attitude, des éléments dépressifs ou des changements de comportement vont être plus exubérants, de l'isolement social, ou au contraire, des gens qui vont être dans le, dans le surinvestissement. Après, ça peut être toutes les modifications de la vie quotidienne, que ce soit des gens qui se mettent en retrait dans les actes de la vie, soit au niveau alimentaire, que ce soit au niveau du trouble du sommeil, que ce soit participation à la vie sociale. Peut-être, peut-être une sur demande médicale ou une sur médication, peut-être un stockage de médicaments. Après, il y a des petites choses, on se dit qu'il faut faire attention. Qu'est-ce qu'il peut y avoir derrière. Est ce qu'il risque d'y avoir un passage à l'acte. C'est tellement de choses qui peuvent nous alerter. Au quotidien, il y a des choses qui sont observables et puis il y a des choses, c'est pas dans l'intuition mais dans ce qu'on va ressentir de différents dans la personne qui... On ne pensera pas forcément tout de suite au suicide mais on se dira, attention, il faut que je sois vigilante, il n'est pas comme d'habitude, il y a quelque chose qui se passe. Alors, ça peut être un geste suicidaire ou ça peut être les gens qui font comme si de rien n'était. Mais au fond, on sent que c'est différent, c'est pas leur habitude habituelle.

– Dans ce cas-là, si vous avez ce ressenti un petit peu, vous iriez en parler à la personne ?

– Je pense que j'en parlerai à la personne. J'en parlerai aussi d'abord, en premier, avec d'autres membres de l'équipe pour savoir si c'est un ressenti commun ou si il y a eu d'autres signes qui pouvaient alerter ou si c'est pas moi qui me fais des idées parce que, des fois, on interprète, on pourrait interpréter un peu trop vite et un peu trop facilement. Je crois que, des fois, aborder des choses simples avec le résident,

avec sa famille, sans mettre le mot mort ou suicide, savoir comment, comment il se sent, et s'il nous tire ou nous donne une petite piste, un petit signe d'alerte. Et puis, je pense que c'est important de l'évoquer, aussi, avec le médecin traitant parce que c'est un intervenant que je n'ai pas évoqué, mais il a quand même sa place et c'est jamais facile d'aborder la mort ou le suicide avec le médecin traitant parce que, déjà, entre professionnels, on a du mal à se dire les choses et puis que, pour longtemps, le médecin : c'était soigné, c'était pas la mort et encore moins le suicide. Je trouve que dans vos formations, les choses elles avancent, elles évoluent. Déjà, on n'en parle plus facilement. Je trouve que c'est un point positif, surtout quand on voit les enquêtes, il y a quand même un taux de suicide de plus en plus important. Il faut bien que, tous ensemble, on fasse quelque chose.

– Oui, ça pourrait être intéressant. Est-ce que vous voyez d'autres choses à ajouter sur le sujet. Voilà, je vous laisse un peu le champ libre si vous avez des choses que vous avez envie d'évoquer sur le sujet ou cette situation ou le sujet en règle générale, le suicide chez la personne âgée ?

– Je crois que quand on est jeune infirmière, on a, voilà, j'avais du mal à pouvoir m'imaginer, hormis dans un contexte, peut-être, de graves maladies, qu'une personne âgée pouvait passer à l'acte suicidaire. C'est quelque chose qui n'était (silence), je l'imaginai peut-être pas, je le visualisais pas. Puis, avec le temps, oui, ça été violent de se dire, voilà, ça été des gens qui ont traversé des choses très, très, très dures dans leur vie, qui peut-être, ont, justement envie de faire partager leurs expériences et qu'est-ce qui fait du jour au lendemain, on ne sait pas. Nous, on ne sait pas pourquoi. Eux, ils savent pourquoi ils mettent un terme à leur vie.

– Vous en avez vécu d'autres des situations de suicide ?

– Oui, avec, voilà, des contextes plus ou moins graves. Des gens qui font des défenestrations. J'en ai eu aussi, dans une autre région, un suicide par arme à feu. Je trouve ça d'une violence terrible. C'est très violent dans le geste pour la personne, pour la famille, pour les équipes. Après, on a beau essayé de se dire que, il faut respecter le choix, c'est pas si facile. Ça, c'est des mots. Dans la réalité du terrain, c'est très, très violent. C'est très violent. Même, avec les années, même en en ayant parlé, même, voilà, le souvenir reste quelque chose de difficile. Après, le suicide, ça nous renvoie toujours à l'idée de notre propre mort et à la représentation qu'on en a. Donc, voilà, après chacun... C'est aussi, par rapport à ses croyances et à son éducation. Je pense que ça me touche d'autant plus parce que, élève infirmière, j'avais fait mon mémoire sur le suicide des adolescents. Je me dis, j'arrive à deux tranches de ma vie où ce sujet revient. Il n'y a pas de hasard et ou, je n'ai pas toujours forcément trouvé les réponses, si ce n'est que, pour moi, une des meilleures réponses, c'est pouvoir en parler, de mettre des mots sur ce mal être. Voilà.

– D'accord. Merci beaucoup.

Entretien 6

– Est-ce que vous pouvez vous présenter, s'il vous plaît, pour commencer ?

– Alors moi, je suis responsable d'accueil et d'animations. Je travaille à la résidence depuis 15 ans, à temps partiel.

– Vous avez toujours fait de l'animation comme ça, en EHPAD ?

– Toujours, toujours.

– Donc, on va discuter un petit peu de la personne qui s'est suicidée dans votre établissement. Est-ce que vous pouvez me parler de son histoire, qu'est-ce qui s'est passé, me parler de cette personne et puis, après, me raconter son histoire ?

– Ce qu'il y avait de curieux, avec ce monsieur, c'est, en fait, on est rentré la même année au foyer. Donc, on est rentré tous les deux en 2000. Nous avons 50 ans de différence. Il était né en 28 et moi en 78. C'était un monsieur assez blagueur et il était très proche de nous, on a fait nos premiers pas, nos premières armes ensemble au foyer. C'est vrai, j'avais une relation assez privilégiée avec lui. Un monsieur assez facile d'abord, simple, qui n'avait pas de souci particulier, qui connaissait par cœur nos familles. Mon mari et mes enfants aiment le foot. Tous les matins, il me disait : « alors, ton mari est content du score du PSG ». Il s'intéressait beaucoup à nous, pas en tant que professionnel, en tant qu'un individu.

– Est-ce que vous pouvez me raconter ce qui s'est passé ?

– Moi, quand je suis arrivé au foyer en 2000, c'était un monsieur très alerte qui participait à quasiment toutes les animations, toutes les sorties. Un monsieur féru de belote et puis assez dynamique. Il aimait bien aller se balader dans les rues et au fur et à mesure, voilà, sa maladie l'a contraint à pouvoir moins sortir. Je pense qu'il se mettait, lui-même, des contraintes parce que les infirmiers auraient pu lui faire ses injections pour son diabète mais voilà, il était assez rigoureux. Donc, il a commencé un peu moins à participer aux grandes sorties et, en tout dernier, il ne participait plus du tout à la vie de la maison de retraite. Il s'était coupé de ses amis. Un monsieur féru de belote qui n'aurait jamais loupé une journée de belote. Nous, ça nous avait alerté, il ne jouait plus aux cartes, voilà. Un monsieur qui avait aussi des troubles au niveau de la vue. On avait essayé de mettre en place des cartes un peu plus grosses. Mais non, le problème n'était pas forcément là, je pense.

– Donc, ce monsieur s'est suicidé. Comment vous, vous avez appris son suicide ?

– Alors, c'est moi qui ai reçu les gendarmes. Petite anecdote, il s'est suicidé un 1er avril. Je pense que vous le savez peut-être ? Enfin, voilà, il s'est suicidé un 1er avril et ce monsieur, on avait un jeu tous les ans, tous les ans il me collait un poisson dans le dos, tous les ans. Moi, la veille, avec mes gars, à la maison, on avait découpé des poissons et je voulais lui en coller un. Tous les ans, il m'en collait un et quand il n'y arrivait pas, il le faisait coller par une de mes collègues. Tous les ans, il m'attrapait avec son poisson, c'était un petit jeu entre nous. Donc, voilà, le 1er avril j'avais découpé mes petits poissons qui étaient sur mon bureau pour que je lui en colle un et les gendarmes arrivent en me disant qu'ils avaient retrouvé un monsieur et en me tendant... En fait, je n'avais pas travaillé le lundi et c'était mardi, le dimanche c'était le repas des familles et ils me tendent le menu et je vois mon écriture : « Monsieur X ». Alors, j'ai trouvé ça épouvantable et après, voilà, moi en 15 ans, je n'ai jamais connu un suicide et on se dit voilà, c'est pas possible, ça va pas nous arriver. Moi, le vendredi, il avait essayé de parler. On est toutes bousculées par le travail. Il exprimait bien ses souffrances, il verbalisait beaucoup, comme beaucoup de résidents mais là, il l'a vraiment verbalisé. Après, je me suis reprochée de ne pas l'avoir écouté parce que le vendredi, il a essayé de me dire : « tu sais, ça ne va pas ». Et moi, j'avais mes plans de table à faire et ça n'aurait pas changé, j'en suis convaincue. Après, la psychologue nous a reçu, on en a discuté. Même si je lui avais accordé une heure, je pense que le passage à l'acte aurait eu lieu, mais en tant que professionnel, je m'en suis voulu.

– Vous me parlez de la psychologue, il y a eu des intervenants ?

– Il y a notre collègue psychologue Madame MI, qui nous avait reçus la semaine suivante, c'est elle qui le souhaitait. Moi, ça m'avait fait du bien.

– Ca vous avait permis de débriefer la situation ?

– Voilà, tout à fait, à chaud, voilà c'était les quelques jours qui ont suivi. Ça a vraiment été un coup. Les décès, on n'est pas habitué, je devrais pas dire ça. Ce mois-ci, on a eu encore trois décès. On voit les résidents, ils sont emportés par la maladie, le grand âge. C'est quand même pas la même dimension et là, vous voyez, quand j'arrive, je passe devant le plan d'eau, j'y pense. Ça été difficile. Et puis, un 1er avril, faire ça comme 1er avril, lui qui était toujours dans la blague. J'ai trouvé, ou alors, il nous a fait un pied de nez. Dans l'eau, un 1er avril, j'ai trouvé que... Un monsieur qui nous faisait beaucoup de blagues. Il passait dans notre dos, comme les gosses, il nous tapait sur une épaule et on se retournait de l'autre.

– Et, du coup, dans votre vie personnelle, ça eut un retentissement ? Est-ce qu'à la maison vous étiez moins bien, du coup ?

– J'arrive vraiment facilement à faire la part des choses entre le travail et la maison. J'ai une demi-heure de route, je pense que la voiture ça fait soupape, voilà. Et puis, j'ai aussi des soucis à la maison avec mes enfants donc, j'arrive bien à faire la part des choses. Ça m'a affecté, je pense que ça un peu perturbé mon sommeil, mais à la

maison, ça été. Après, c'était plus comment accompagner les résidents. Moi, je fais des animations, mais en plus je sers à table, tous les jours. Monsieur X, moi je servais sa table. Et donc, le jour même, quand on a annoncé le décès, voilà, c'était comment aider, et puis, tout me rappelait à lui parce que c'était un monsieur qui aimait bien être un peu différent. Par exemple, au foyer, on avait, on a du mobilier collectif, sauf lui. Il avait sa chaise à lui, parce qu'il prétextait qu'il était à l'aise que dans celle-ci. Il avait ses petites choses à lui, c'est vrai. Après, il y a eu ce manque. Et après, j'avais aussi connu son frère au foyer, il avait aussi son frère. Dans les premières années, c'était deux célibataires, en plus.

– Est-ce que ça vous a fait vous poser des questions par rapport à votre choix professionnel ?

– Non, non. Par contre, je pense que je m'en souviendrai jusqu'à la fin de ma carrière et j'espère ne jamais revivre ce drame.

– Et quelles répercussions ça a eu dans votre pratique professionnelle, quels changements ?

– En l'occurrence, on a eu une dame et un monsieur qui vont pas très, très bien. Le monsieur, la semaine dernière, voilà, à parler de ça, a eu des propos suicidaires. Donc là, tout de suite, on se dit : (silence)

– ça vous a plus alerté, du coup ?

– Alerter, oui et non parce qu'on est toujours en alerte, par contre, c'est plus sensible, je crois.

– Est-ce que vous croyez que vous y avez répondu différemment, du coup, à ses propos suicidaires. Vous lui avez dit quoi ?

– C'est pas moi qui les ai reçus parce que moi, quand il m'en parle, il me dit : « je me sens partir, je sens que c'est la fin ». Pour moi, je sens pas qu'il est là-dedans et puis il est conscient. C'est vrai que c'est un monsieur qui se dégrade, donc qu'il s'est dégradé physiquement parce que là, il pèse 42 kg. Donc, là, aussi, il voit son corps changer. Moi, j'ai pas reçu ces propos, mais quand j'entends ça en transmission, je suis un peu plus sensible maintenant et puis je pense toujours à Monsieur X.

– Et du coup, parler du suicide, justement, avec une personne âgée, vous en pensez quoi, est-ce que c'est facile ?

– Alors moi, une fois par semaine, j'anime un atelier qu'on appelle « conversation et revue de presse ». Dernièrement, avec l'attentat de Charlie hebdo, nous, les résidents, ça les a bousculé, vraiment. Donc, on n'en discute autour d'un thème. Donc, j'ai essayé d'aborder avec les résidents le suicide de Monsieur X. J'ai trouvé que c'était délicat, pas facile. Après, on a des résidents qui étaient tellement dans le chagrin, qu'ils en étaient même dans la colère. Un de ses amis de cartes a eu des

propos assez violents, du genre que je me rappelle : « il pouvait bien croire au Bon Dieu et se suicider, il n'ira pas au paradis ». C'était un monsieur qui était catholique, pratiquant.

– Du coup, comment parlez-vous du suicide avec les personnes âgées ?

-Si elles ne m'en parlent pas, je ne leur en parle pas, c'est vrai que c'est pas un sujet facile à aborder. Mais, lorsqu'elles ont voulu s'épancher sur Monsieur X, j'ai plus été à leur écoute que d'essayer de... Je trouve que c'est délicat, c'est difficile.

– Du coup, je pense à la crise suicidaire, vous savez le moment avant le suicide, avant le passage à l'acte. Comment vous, vous repérez ce moment-là, pour vous c'est quoi la crise suicidaire ?

– Moi, chez Monsieur X j'ai rien vu. Je ne l'ai pas vu le matin même. Je l'ai vu le dimanche et je l'ai trouvé normal. Je l'ai trouvé normal et en plus, il ne m'a pas parlé de choses qui m'auraient mis la puce à l'oreille comme il avait fait avec ses neveux. Il leur a demandé s'il avait suffisamment d'argent à la banque, si ses papiers étaient en ordre,

– il avait préparé les choses,

– il leur en avait parlé le dimanche. Sa nièce avait dit à son mari : « tu as vu ce que X m'a raconté ». Ça lui avait posé un petit peu question. Mais moi, le dimanche, je l'ai trouvé ordinaire, participatif dans l'événement, parce que c'est un monsieur qui n'aimait pas trop le bruit. Donc, il m'avait dit : « tiens, quand tu fais tes plans de table, je veux être là, pas trop près de la musique ». Est-ce que c'était le chant du cygne, je sais pas. Est-ce qu'il a voulu participer jusqu'à la fin, attendre ce grand événement et deux jours après. Ou est-ce qui s'est dit si je pars avant, est-ce que je vais pas gâcher parce que c'est une fête qui est très attendue par les résidents et par la famille. C'est un moment très convivial. On est 260 personnes ensemble à déjeuner. Il y a vraiment un esprit très sympathique et il a été là, il a été là.

– Et du coup, chez une personne âgée, qu'est-ce qui pourrait vous mettre la puce à l'oreille, j'ai envie de dire, qui vous alerterait ?

– Moi, ce qui m'avait alerté chez Monsieur MC, c'était vraiment le fait de se couper de son réseau social. Ça a vraiment, je trouve... Après, il y a la perte d'appétit aussi. Il avait déjà commencé à moins manger, prétextant qu'il avait des douleurs au ventre. C'était probablement vrai parce qu'il avait un cancer, la perte d'appétit, le repli sur soi.

– Par rapport au suicide, quelle formation vous avez eu sur ce thème ?

– Moi, je n'en ai pas eu.

– Est-ce que vous avez des outils de repérage à votre disposition ? Qu'est-ce que vous en pensez de vos outils de repérage ?

– Alors, on a nos transmissions. Moi, j'y participe parce que j'en écris. Je les lis tous les jours, voilà. Et puis après, c'est vrai, on a beaucoup de temps de transmissions orales aussi au foyer.

– Est-ce que vous avez des échelles à votre disposition pour repérer le risque suicidaire d'un résident ?

– Alors, ça ne me dit rien. Peut-être que mes collègues, plus dans le soin, en ont. Ça ne me parle pas. L'échelle de douleur me parle, après, celle-ci ça me dit rien.

– Vous parliez de la psychologue, tout à l'heure. Je suppose que ça fait partie des soutiens et des ressources que vous avez eues dans ces situations. Est-ce qu'il y a d'autres ressources auxquelles vous pouviez faire appel dans ces cas-là ?

– On a le médecin coordonnateur qui nous aiguille, Monsieur MB qui est très à notre écoute, mais c'est vrai, avec la psychologue ça avait été agréable de pouvoir, dans les jours qui ont suivi, pouvoir en parler, ça déculpabilise. C'est vrai, on se sent toutes un petit peu coupable. On ne l'a pas entendu, on n'a pas fait notre maximum. Du soutien avec les infirmiers, on en a souvent, mais pour les problèmes psy au niveau du foyer, on voit souvent des infirmiers de Mazurelle (*hôpital psychiatrique*) qui viennent mais c'est plus pour des problèmes ponctuels mais c'est plus pour des résidents qui ont des délires, mais les suicides : « non ». On voit des infirmiers en fin de vie avec des groupes de soutien palliatif. Ça aussi, c'est un autre registre.

– De quoi vous auriez eu besoin pour gérer différemment cette situation ?

– (Silence) Je ne sais pas répondre.

– Il y a des choses que vous voyez, vous vous dites : « ça nous aurait aidé » ?

– C'est tellement surnaturel, et puis en plus au début on se dit : « c'est pas possible, c'est pas lui » et puis moi, je sors une photo. J'ai tous les résidents en photo. « Regardez, c'est lui ». C'est vrai, ils l'ont vu mouillé, le pauvre Monsieur. Moi, sur la photo, il est pomponné, avec sa chemise, tout beau. La gendarmette me dit : « je suis pas sûr que ce soit lui ». On y croit encore. Et puis, on n'y croit vite plus parce que je lui dis c'est un monsieur qui a une sonde à demeure, ça pouvait être que lui, de toute façon. Comment ils auraient eu ses effets personnels. Après, des outils, je me suis sentie vraiment démunie.

– Et la famille, elle a eu quelle réaction par rapport à cette annonce ?

– Eh bien, au début, ils étaient dans le questionnaire, après il y a eu la lettre. On a découvert la lettre dans la chambre, je sais pas si vous l'avez lue

– dans le questionnaire, par rapport

– je sais pas si vous avez l'accès au courrier ?

– oui, oui. Par rapport à l'équipe soignante, ça s'est bien passé la relation avec la famille ?

– Très bien. Après, c'était une famille qu'on connaissait depuis longtemps. On avait E, son frère, pendant des années. Voilà, au niveau administratif, je reçois toutes les familles, donc, c'était des familles qu'on connaissait bien et qui n'ont pas été dans la culpabilité avec nous. Après, ça été l'annonce au personnel. D a demandé à tout le personnel de se regrouper en salle de réunion, en pleine matinée, chose que l'on fait jamais. Les filles elles ont vraiment été..., C'est dur. L'équipe...

– Est-ce que vous voyez d'autres choses à ajouter sur le sujet ?

– Non. Après, si on pouvait bénéficier de formation. Est-ce qu'on peut réellement avec une formation, réussir à... Je ne pense pas, je pense que s'ils veulent réellement passer à l'acte..., malheureusement, je ne sais pas. Je ne sais pas comment on peut les empêcher d'arriver à leurs fins.

– Je vous remercie.

Entretien 7

– Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter, s'il vous plaît ?

– Je suis L.O. Je travaille à l'EHPAD depuis presque neuf ans. Je suis un agent social, ce qu'on appelle agent d'entretien mais j'interviens, ça m'arrive, en soins auprès des gens, autrement que faire du ménage, en fait.

– vous faites partie de la vie de l'établissement, aussi.

– Moi, c'est un choix de travailler en maison de retraite. Ça l'a pas toujours été puisque quand j'ai fait un BEP service aux personnes, il ne fallait pas du tout me parler de ce milieu-là. J'avais fait un stage, je devais avoir 15 ans, c'était même pas imaginable que je puisse travailler auprès des personnes âgées, pas du tout, du tout. Et puis après, à l'âge de 20 ans, j'ai eu le déclic. Je pense que quand on est trop jeune, on n'est pas forcément... soit c'est vraiment un choix depuis le début, voilà, on le suit. Moi, j'étais pas du tout, pas prête, je pense à affronter, à me retrouver dans ce milieu de personnes âgées à 15 ans, pas du tout.

– Par rapport à quoi ?

– Par rapport à la vieillesse, en général.

– à l'image que vous en aviez ?

– pas forcément l'image, parce que j'avais pas forcément une mauvaise image mais tout ce qu'on peut voir qui n'est pas toujours facile, quand on a 15 ans. C'est pas facile non plus quand on n'en a 30, mais c'est différent, on prend plus de recul. Donc, j'avais fait un stage de 15 jours, ça avait été difficile. Vraiment, ça été un très, très mauvais souvenir. Comme quoi, on peut vraiment changer. Donc, voilà 20 ans, j'ai commencé mes premiers petits remplacements dans différentes maisons et puis après, je suis arrivée à « X » en 2006 et voilà, j'y suis restée. Et aujourd'hui, je ne changerai pas, même si c'est un travail difficile : toutes les contraintes, parce qu'il y a beaucoup de contraintes entre les horaires, les week-ends où il y a les contraintes de vie personnelles compliquées. Je resterai dans cet emploi-là.

– On va parler de la personne qui s'est suicidée dans votre établissement. Est-ce que vous pouvez me raconter, un petit peu, ce qui s'est passé, cet événement ?

– Donc, du coup, c'est un monsieur, quand je suis arrivée en 2006, il était déjà là, un monsieur invalide, pour qui on intervenait peu, sauf pour mettre des gouttes dans les yeux, enfin, voilà. Donc, c'était le monsieur avec qui on pouvait discuter, avec qui... voilà. C'était presque « LE » monsieur, pas de la maison, mais, je veux dire, c'était un résident, on l'aimait toutes, voilà. Du coup, après, avec sa maladie, c'était un peu compliqué, on pensait, je pensais qu'il n'était pas au courant je pensais qu'il savait qu'il y a un truc qui n'allait pas mais qu'il n'était pas vraiment au courant, de son état. Mais avec du recul, je pense, si, si, il l'était très bien. Il n'en a jamais parlé, en fait. Du coup, ce jour-là, je crois que je suis une des dernières à l'avoir vu, en fait. Je suis la dernière à être intervenue dans sa chambre. Comme d'habitude, rien de particulier, ça c'est terrible. Jamais, j'aurais imaginé une heure après ce qui s'est passé.

– Vous ne l'aviez pas anticipé, du tout ?

– Pas du tout, personne, je pense. Moi, j'ai fait comme d'habitude sa chambre. On a rigolé comme d'habitude, on a discuté comme d'habitude, tout était comme d'habitude puisque on a fait son changement de draps. On a changé ses draps. Il nous a dit « mettez la couverture comme si », voilà, normal. Jamais j'aurais pensé. On l'a pas vu venir. Autant, il y a des gens, ils sont un peu plus... le moral est un peu plus bas, on se dit bon, on sent aussi physiquement que ça ne va pas, que lui, non, il a toujours été, même si il arrivait à parler quand même de ses craintes par rapport à sa maladie, qui savait pas trop, peut-être que c'est ça peut-être que c'est pas ça. Moi, je me souviens, il me faisait lire ses comptes rendus de rendez-vous, d'examen où je lui disais : « moi, les termes, c'est un peu compliqué, je ne pourrais pas vous dire ». Après, on savait toutes, dans la maison que c'était grave. Oui, jusqu'au bout, j'ai cru qu'il ne le savait pas, mais finalement je pense que si, en fait.

– Et comment vous avez appris son suicide ?

– Du coup, c'était un 1er avril, je m'en rappellerai toujours. Une collègue est venue qui m'a dit : « on est convoqué, à 11H, en salle de réunion, tout le personnel ». Moi,

j'ai dit : « c'est quoi cette blague, on est le 1er avril, on n'a pas le temps de faire des blagues le 1er avril, mais bon ». J'étais loin de m'imaginer ça et j'avais entendu les pompiers, en fait. On est vraiment descendu toutes sans se douter. On se doutait qu'il y avait quelque chose de grave pour qu'on nous convoque en plein travail, toutes, c'était quand même bizarre. Après, non, les pompiers je les ai entendus, je n'ai pas fait le rapprochement. Et quand on est descendu, quand on a vu les mines de tout le monde, donc, on s'est dit : « qu'est-ce qui se passe ». Moi, j'étais partie plus sur un membre du personnel, qu'il s'était passé quelque chose. Et du coup, on nous a annoncé qu'ils avaient retrouvé le corps du monsieur et qu'il s'était jeté juste là, au château, là, qu'il s'était jeté dans l'eau, qu'il s'était suicidé. Là, ça été la douche froide pour tout le monde, je crois. En fait, il avait tout préparé, tout était prêt. Il avait fait sa lettre. Il est parti. Il a choisi le moment où on descend en poste transmission pour partir, pour que personne le voie partir. Donc, il a profité de ce moment où tout le personnel est en pause pour sortir. Il avait quand même pris sur lui ; il y a juste trois semaines avant, c'était le repas des familles à la maison de retraite, où il avait gardé son menu avec son nom écrit dessus pour qu'on l'identifie. Donc, il avait gardé ça. Et, il est parti, voilà. Culpabilité, normal. Donc, j'ai rien vu. Je pense que toutes celles qui l'ont vu ce matin-là ont eu la même réaction, de se dire : « on a strictement rien vu, il a rien laissé paraître ». Je pense qu'on a toutes un peu culpabilisé, de se dire : « et mince, si j'avais vu ». Après, je ne pense pas qu'on aurait pu faire quelque chose mais on a toutes eu ce sentiment de culpabilité, de se dire voilà. Sur le moment, je me suis dit : « il ne savait rien de sa maladie, personne ne lui disait, c'est pas sympa non plus, son médecin aurait pu lui dire ». Il avait rendez-vous avec son médecin le mardi, le jour même où il devait faire le bilan de son examen et je pense qu'il était prévu que ce jour-là, il sache qu'il avait un cancer du foie. Donc, c'était prévu que ce jour-là, voilà... Je me suis dit, ils auraient pu le faire plus tôt. Ça aurait peut-être rien changé s'il l'avait su plus tôt. Puis, avec du recul, je me suis dit c'est quand même bizarre. Donc, il mettait bien dans sa lettre que... Puis, moi, il me le disait : « il y a un truc qui ne va pas, moi, je le sens, ça va pas, tu vas voir, ça va pas, il y en a pas pour longtemps, je sens qu'il y a un truc qui va pas dans le ventre, ça va pas, ça va pas » « et qu'est-ce qui vous a dit le gastro ? » « Ben rien, il m'a dit que ça allait, on faisait un bilan en juillet ». Je me suis dit : « c'est quand même terrible, le gastro lui a même pas dit qu'il avait quelque chose ». Je trouvais ça quand même bizarre. C'est vrai, quand même, en discutant avec les infirmières, on s'est dit, on pense quand même que le gastro a dû lui dire, en fait. Il a pas voulu nous dire, il a pas voulu en parler. Il avait laissé sa lettre en disant que c'était trop dur, il avait déjà d'autres soucis de diabète et que ça, ça se rajoutait, que pour lui c'était trop difficile et qu'il nous remerciait, qu'il remerciait tout le personnel, tout le monde et que voilà quoi. Ça fait un peu bizarre. Après, c'est marrant, les réactions de chacune. Je pense que toutes celles qui l'ont vu ce jour-là ont réagi différemment. Après, dès le lendemain, on a eu une réunion avec notre psychologue d'établissement avec qui on a pu... C'est vrai que toutes celles qui étaient à cette réunion, c'était toutes celles qui l'ont vu ce jour-là, ce matin-là. Et on avait toutes le même sentiment de culpabilité, autant les infirmières que les aides-soignantes qui sont intervenues.

– Dans votre vie personnelle, à ce moment-là, ça a eu un retentissement ? Vous avez réussi...

– Oui, après, c'est sûr, on est toutes un peu pareilles. Quand je vois que je passe devant, là, ce matin, je suis passée devant, je pense à lui. Ça c'est clair, je vois l'eau, je me dis : « Oh... ». Après, je me dis à l'âge ou il était, à 85 ou 86, quel courage quand même, parce que c'est très, très, très rare les personnes âgées qui... Après, la manière dont il l'a fait aussi.

– C'est très rare les personnes âgées qui se suicident ?

– Qui se suicident, qui se jettent dans l'eau, je veux dire, c'est quand même... En même temps, c'est courageux, c'est violent, à l'âge où ils sont, ils ne savent pas nager. La façon dont il l'a fait c'est quand même brutale, c'est quand même courageux, il se jette dans l'eau. Ça été assez surprenant la façon dont il l'a fait. Pour une personne âgée de plus de 85 ans, c'est quand même, c'est pas le plus commun. Après, c'était quand même son choix. C'est ce qu'on a essayé de se dire. C'est ce qu'il expliquait dans sa lettre. Après, il aurait pas supporté. Il savait que le cancer du foie, malheureusement, ça va très, très, très vite. Je pense qu'il n'avait pas envie de se voir comme ça. Il avait pas envie que les autres, aussi, le voient comme ça. Après, c'est vrai que c'était son choix. C'est quand même assez surprenant.

– Et cette culpabilité que vous avez eue, est-ce que du coup, ça a remis en cause votre choix professionnel, ça n'a pas...

– Non. Après, en 10 ans, c'est la première fois que je vois ça, d'une part. Je pense que malheureusement, on aurait pu rien faire puisque cette maladie il l'avait. Après, on essayait de lui remonter le moral, mais voilà, on sait toutes qu'un cancer du foie, c'est quand même grave. Lui remonter le moral, ça aurait été compliqué parce que, voilà... Je pense que malheureusement... Après, il y a ceux qui le disent et puis qui ne vont pas le faire et puis ceux comme lui qui n'ont strictement rien dit et qui voilà, après c'est compliqué.

– Vous avez beaucoup de résidents qui vous parlent de suicide ?

– Non, ou en colère : « je vais me jeter par la fenêtre ».

– Et comment vous en parlez avec eux, du coup, du suicide ?

– On n'en parle pas. Je dis : « vous allez pas faire ça, ça va pas ». Et, ça reste comme ça.

– et pourquoi vous n'en parlez pas ?

– Parce que, on se dit : « il dit ça comme ça ». On ne le prend pas au sérieux, moi personnellement. Je ne les prends pas forcément au sérieux parce que pour moi, une personne de 85, 86 ans ne peut pas se suicider, c'est un peu ça, en fait. Ça peut pas, c'est pas possible. C'est bizarre, autant il y a des âges ou se dit : « à cet

âge-là... »

– **Oui, vous êtes plus sensibilisée au suicide chez les jeunes ?**

– Voilà, mais à cet âge-là, c'est quand même pas tellement commun, qu'on n'y pense pas en fait. Après, il y a le contexte aussi. Lui, il n'avait pas d'enfant, il avait juste des neveux et nièces qu'il voyait mais qui n'était quand même pas seul mais voilà... Même s'il parlait très bien, c'était un super Monsieur, mais à côté de ça, c'est vrai il n'avait pas enfant. Mine de rien, je pense que ça joue aussi. Après, les autres résidents qui ont des familles, des enfants...

– **Il y a des signes auxquels vous faites attention justement pour repérer ce risque de suicide ?**

– Après, il y a des signes : quand ils sont au niveau moral vraiment très, très, très bas, on se dit : « bon ! »

– **Vous êtes plus vigilante, du coup, sur ce risque-là ?**

– Plus vigilante, mais après, c'est toujours pareil, comme je vous le dis, je ne sens pas capable de le faire, c'est assez bizarre, c'est moi ce que je ressens, mais collègues je ne sais pas, mais après, c'est pas possible. Même si on a eu le cas finalement, c'est incroyable qu'à cet âge-là on puisse se donner la mort.

– **Et dans votre pratique professionnelle, ça eu quel retentissement ? Depuis cet événement, vous faites des choses différemment ou pas ?**

– Je suis peut-être plus vigilante, justement, sur les gens qui vont moins bien ou je vais peut-être le signaler tout de suite, peut-être moins attendre que ça se dégrade vraiment. Je vais dire : « attention, ça n'a pas l'air d'aller, il n'a pas le moral ». Peut-être qu'on réagit un peu plus vite, on y fait plus attention, mais ça dépend aussi de la personne parce que lui, comme je vous dis, jamais, on aurait pu penser, même si il verbalisait ses craintes, on voyait bien qu'il n'était pas bien. Après, il y a des gens qui pour un petit truc vont, vous voyez ce que je veux dire après, il faut aussi... Chaque maladie, chaque petit souci, voilà... Chacun vit les choses différemment. Il ne faut pas non plus s'affoler, il faut trouver le juste milieu, mais c'est pas toujours évident.

– **Et, qu'est-ce que vous pensez de votre formation sur ce sujet-là, sur le suicide de la personne âgée ?**

– On n'a aucune formation. Moi, je n'ai jamais eu aucune formation là-dessus.

– **Et, vous avez des outils de repérage ?**

– Non.

– **Du coup, dans ces situations-là, à quels soutiens et à quelles ressources vous pouvez faire appel ? Là, vous m'avez parlé de la psychologue...**

– Je pense que ça été super parce que ça n'a pas traîné. Dès le lendemain, on a pu en parler tout de suite, ça été vraiment bien. Dès le lendemain, on était toutes réunies, celles qui le souhaitaient. Et puis après, le fait, qu'on ait toutes le même discours, en fait, ça rassure aussi.

– Le fait de s'en parler entre collègues ?

– Le fait de s'en parler et d'avoir le même ressenti, le même ressenti de culpabilité, les mêmes questions qu'on s'ait posées : « si j'avais su, si j'avais pu, pourquoi, j'ai rien vu ». On se dit : « bon ! Finalement... »

–Et, est-ce que à distance de l'événement, vous avez eu des besoins d'écoute ?

– Non, non. Par contre, j'ai eu le besoin après. Je suis passée dans sa commune, j'ai voulu m'arrêter au cimetière sur sa tombe, voilà. Et puis depuis, j'y pense souvent quand même. Je pense à lui. Je me dis : « j'aimais bien ce petit papi, pourquoi, voilà... ». Comme je vous dis, quand je passe devant, j'y pense. Après, dans ce métier, il faut aussi faire la part des choses. On ne peut pas trop s'investir avec les gens. Forcément, on a un coup de blues dans la quinzaine qui a suivie, le mois je dirais. On y pense. On voit sa place vide, on se disait : « Oh ! ». On voyait cette place, cette chaise. Après, voilà...

– Par rapport aux autres résidents, ça s'est passé comment ?

– C'était un peu compliqué parce que, je crois qu'elles ont fait le choix, au début, de ne pas dire aux résidents qu'il s'était suicidé. Donc, quand on nous posait des questions, on esquivait en fait. Moi, j'esquivais complètement le truc. Après, les bruits de couloir ont dit qu'il y a un monsieur qui a été retrouvé dans l'eau. Ça s'est pas trop... Ils en ont pas trop parlé, en fait. Les trois premiers jours, il y a eu beaucoup de rumeurs : « Il paraît qu'il y a un monsieur qui a été retrouvé dans l'eau, est-ce que c'était lui ? ». Alors, nous, on ne savait pas si il fallait dire oui ou non, on ne savait pas trop quelle position avoir. Et ça s'est vite... Je pense qu'ils ont... Les autres résidents : « faut pas en parler ». C'est un peu une génération aussi, ils n'ont pas l'habitude de ce genre de choses donc, ils n'en ont pas trop, trop parlé, en fait. Il ne faut pas parler de l'idée qu'il se soit suicidé. Du coup, c'est un peu retombé comme ça, en fait. Les premiers jours, c'était pas simple. Après, on a des directives, aussi. Si on nous dit qu'il ne faut pas dire qu'il s'est suicidé, eh bien, on ne le dit pas. Donc, ce n'est pas évident d'expliquer la mort de quelqu'un alors que la veille il était à table avec tout le monde, qu'il était comme d'habitude et le lendemain... C'est compliqué aussi après de trouver les mots et de dire : « il est décédé comme ça, ben oui, comme ça ». Après, il y a aussi la famille à gérer, donc, ce n'est pas de notre ressort.

– Vous savez comment elle a réagi sa famille ?

– A priori, surprise, évidemment. Justement, à ce repas des familles, il leur avait dit que c'était le dernier repas avec eux, il avait fait des petites allusions. Sauf que... là aussi, sans dire que je vais me suicider ou quoi, mais, il avait fait des petites

allusions : « c'est le dernier repas que l'on fait ensemble ». Je crois même qu'il a dû dire : « c'est la dernière fois que vous me voyez ». Après, ils étaient un peu inquiets mais de là à penser... Après, le fait qu'il ait laissé une lettre, c'était aussi bien, autant pour eux que pour nous. Je pense qu'il n'aurait pas laissé de lettre, c'aurait été plus dur aussi pour nous mais aussi pour la famille, bien évidemment. Le fait qu'il ait laissé et qu'il explique : « merci à toutes, vous avait été... » Voilà, qu'il nous remercie, qu'il remercie ses neveux et nièces. Il remercie les résidents, ses amis de table. Le fait qu'il ait expliqué son geste... En fait, ils ont trouvé la lettre sur son bureau. Deux heures avant j'étais dans sa chambre, je n'ai rien vu. Et en fait, ils nous l'ont photocopiée, il l'avait laissée à l'infirmerie, pour nous, pour le personnel et tout le monde pouvait la lire. J'ai trouvé ça bien que nous, qu'on puisse la lire, vraiment lire la lettre plutôt qu'on nous dise « il a mis ça, ça, ça ». On a vraiment pu tout lire et ça c'était vraiment bien. Ils ont bien réagi, on a bien été entouré je pense, par rapport à ça, parce que on a pu lire la lettre. On a eu la réunion psy dès le lendemain, ça été très vite... Pour un premier cas, je trouve que ça a été très, très bien géré. Ils nous ont bien protégées. C'est très important.

– Est-ce que du coup, avec le recul, vous vous dites... De quoi vous auriez besoin pour gérer différemment cette situation ?

– (silence). Bonne question ! Peut-être, je pense qu'il aurait dû voir la psychologue le monsieur. Après, c'est pas pour moi : gérer sa situation, pour lui : gérer la sienne...

– Et vous, qu'est-ce qui vous aurait aidé ? Au final les difficultés que vous avez eues, elles ont été plutôt bien... Vous avez eu des difficultés après l'annonce, de la culpabilité ?

– Avant aussi, parce qu'on était toutes au courant qu'il avait cette maladie, mais il ne le savait pas, donc, c'était compliqué de rentrer dans sa chambre et de dire : « non, ça va ». Ça, c'était compliqué, ça a duré 15 jours, en fait. On nous avait dit : « c'est un cancer du foie, il ne le sait pas, faut pas lui dire pour l'instant ». Je pense que c'est ça, peut-être, qu'on aurait eu besoin, de lui dire, plutôt que de nous dire qu'il ne faut pas lui dire. Il le sait pas, faut pas lui dire, c'est au médecin de lui dire. Ok, sauf que, il est quand même resté 15 jours, en sachant que c'était un truc qui n'allait pas mais personne ne lui a dit clairement et ça je disais souvent à la pause le matin : « quand est-ce que vous lui dites, parce que là, il sent bien, il sent physiquement qu'il y a quelque chose qui ne va pas, vous lui dites quand ». Ça, je me souviens de ça et d'ailleurs, à la pause, le jour où il est parti, j'avais encore dit aux filles : « vous lui dites quand » « il voit son médecin tantôt ». Je pense que c'est ce qui a manqué dans l'attente du diagnostic pour lui ou peut-être, s'il l'avait su plutôt, on aurait pu mettre des choses en place, l'accompagner. Du coup, il n'a pas attendu le rendez-vous du médecin. Ça a été long la quinzaine, il ne faut rien dire, il faut attendre.

– Est-ce que vous voyez d'autre chose à ajouter sur le sujet dont vous avez envie de me parler, qu'est-ce que vous pensez de ce geste, de son geste ? C'était violent ! Quelle signification vous lui donnez, du coup ?

– Après, je pense qu'il ne voulait pas se voir, il ne voulait pas souffrir, voilà... Comme je vous disais tout à l'heure, je trouve que c'est un geste courageux. J'ai pas de rancune par rapport à ça, par rapport à lui, c'était son choix

– **vous trouvez légitime le fait...**

– Après, chacun... Même si ça été vraiment violent, je me dis, c'est bête, c'est extrêmement courageux. Je veux pas dire : « je tire mon chapeau, mais presque ».

– Je vous remercie.

Entretien 8

– Alors, pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter s'il vous plaît ?

– Je m'appelle V.C., j'ai 37 ans, je suis aide-soignante. Ça fait 20 ans, 19 ans que je suis aide-soignante et j'ai beaucoup travaillé plus en gériatrie que dans d'autres secteurs. J'ai travaillé un petit peu en service rééducation fonctionnelle mais je me suis toujours située en gériatrie, maison de retraite.

– Et là, vous faites des nuits ?

– J'ai changé, j'étais en jour et depuis deux ans je suis passée en nuit, un choix personnel, une envie aussi de sortir un petit peu des équipes, envie de me libérer, de me recentrer plus sur le résident parce que c'est vrai, c'est assez speed dans la journée, vraiment envie de me poser, vraiment envie de renouer le lien, dialogue résidant, de se poser plus, en fait. Il y a beaucoup de travail la nuit, c'est vrai il y a un contact plus particulier la nuit avec le résident, au niveau du dialogue je parle, plus ouvert.

– C'est peut-être moins la routine, c'est peut-être moins calibré ?

– On est moins dans le faire, c'est vrai que là, moi, je rentrais vraiment dans le système. Le matin, je me trouvais bien dans mon travail, j'avais le relationnel. Par contre le soir, je trouvais que c'était vraiment la chaîne. Je ne me retrouvais plus et il y a eu beaucoup de changement d'équipes et il était temps que je change. Donc, j'ai eu cette opportunité là, tout en sachant que je ne savais pas comment j'allais réagir en nuit. J'en avais fait mais seule, dans un établissement. Un mauvais vécu parce que seule, c'est différent et là, on est à deux, donc, meilleur vécu. Je m'entends très bien avec mon binôme donc ça se passe très, très, très bien. Ça fait deux ans, donc j'envisage de revenir parce que je ne ferai pas ça tout le temps non plus. Là, je me suis un peu recentrée sur mon travail de soignant, on va dire.

– Sur une de vos nuits, il y a eu un événement, il y a eu un résident qui s'est suicidé. Est-ce que vous pouvez me raconter un petit peu ce qui s'est passé, s'il vous plaît ?

– Donc, déjà, mon binôme avec laquelle je travaille avait pris une nuit, donc, je travaillais avec mon autre collègue que vous avez rencontré. Donc, une nuit comme toutes les autres, sauf que ce monsieur était pas très bien, fatigué. Il avait vu le médecin, donc voilà. Nous, on fait notre tour, on va le voir, le médecin devait passer. On va le voir, et le médecin je l'ai rencontré entre deux. Il m'a dit : « il faut le mettre sous oxygène, et tout ». Et moi, le connaissant bien, je dis : « ça va s'arranger ». C'est vrai, il y avait des hauts et des bas. Et puis, il m'a regardé. C'est vrai, je suis la dernière personne à l'avoir vu vivant. Donc il m'a regardé, il a fait : « pff ». Je lui ai dit

: « bon, allez, je vais vous mettre sous oxygène, vous allez vous reposer et je vous verrai au prochain tour ». Il savait les heures auxquelles on passait. Il était très ritualisé, il savait très bien à quelle heure on passait. Donc voilà, le tour se passe et puis, donc, avec ma collègue, on part à deux heures et là, on a découvert ce monsieur, voilà. C'était super choquant. Au départ, on a vu qu'il était décédé, on n'a pas vu tout de suite l'aspect acte suicide. En s'avançant, on a vu du sang partout donc, en plus, il se l'a fait par couteau au niveau des veines. Donc, c'est vrai, c'était très choquant et cela faisait quelque temps qu'il l'avait fait. Moi, mon ressenti, je me suis dit : « bah, il l'a fait quand je suis partie, dès que je suis partie de la chambre, il a dû... » Voilà. Il avait tout préparé : une bassine. Cet aspect de préparation, en fait, de se dire il avait prémédité le truc quand même. Moi, c'est ce ressenti-là qui me, qui me choque.

– Comment vous, vous l'avez anticipé ?

– Eh bien, en fait, c'est après, en réfléchissant, je me dis : « il était pas bien, il avait sa femme qui était ici, qui était au Cantou, sa femme qui était, qui était, comment dire ; lui, il avait la tête, pas les jambes. Elle avait les jambes mais pas du tout la tête ; et je pense que, voilà. Plus d'enfant, plus de raison, en fait, de vivre. Au départ, je l'ai mal pris parce que on se connaissait depuis, quand même, un moment. Je me suis dit : « pourquoi il m'a fait ça, il savait que c'était moi ». C'aurait été quelqu'un d'autre, c'aurait été pareil, mais cet aspect choquant de voir cet acte. Donc après, on est sorti... L'oxygène étant enlevé, j'ai dit à ma collègue : « on ne touche à rien ». On est sorti de la chambre, on s'est adossé au mur parce que, parce que c'était très choquant dans la chambre. On s'est posé. On a appelé le 15, on leur a dit qu'on suspectait un suicide parce que on avait vu le couteau qui était ici. Le couteau dans les veines, il avait mis la bassine en dessous. Il a été très, très, très profond. Le médecin légiste m'a dit : « c'était vraiment, vraiment voulu. Il ne s'est pas loupé ». Avec un petit couteau, un petit couteau qu'il avait sur lui, après, le couteau il l'a enlevé, il l'a mis ici, en fait. Et on prenait une pause, notre pause pas loin, à l'étage, on n'a jamais rien entendu, pas de cris, rien du tout. Parce que, vu l'acte qu'il avait fait, il aurait pu crier, rien du tout, rien entendu. On l'a retrouvé, il était déjà mort et puis, on a appelé le 15. Le 15 : très très bien. La fille nous a dit : « on s'occupe de tout, on appelle les gendarmes, ne vous inquiétez pas ». Ils nous ont rappelé 10 minutes après pour savoir comment nous, on allait et cet aspect, Madame A, la directrice n'était pas là, double problème, on va dire parce que on a appelé la directrice de garde qu'on ne connaissait pas. C'est la première fois que ça lui arrivait en plus de venir, donc voilà, qui est venu. Et puis, il faut continuer à travailler parce que les résidents sonnent. Ça, c'est très, très, très dur. Je me dis : « heureusement, on était quand même deux titulaires, deux aides-soignantes ». Des fois, on se retrouve avec des remplaçantes. Je me dis : « c'aurait été une petite jeune remplaçante, oh là là, le choc ». Après, tout s'est enchaîné après, les gendarmes, le médecin légiste, savoir si on avait fermé toutes les portes. C'est vrai au départ, on se sent coupable, c'est pas qu'on nous met coupable, est-ce que vous avez fermé

toutes les portes, est-ce que ceci, est-ce que ça, on nous a posé tellement de questions, qu'on s'est dit : « ils croient presque que c'est nous, mais en fait c'est une procédure qu'ils ont pour eux, enfin voilà. Assez choquant pour les deux, je pense qu'on a quand même bien réagi en relais. Moi, j'ai plus craqué sur le petit matin. N a un petit peu plus craqué avant et encore, c'est elle qui a appelé le 15 quand même et tout. Moi, je me suis un peu plus posée et après, la directrice de garde est arrivée et elle a appelé S, notre cadre de santé, donc voilà, qui est arrivée. Par compte, c'est vrai, je lui ai dit à S, elle m'a dit : « tu es où dans le travail », « tu sais, écoute, moi, j'ai fait mon tour sur les gens qu'il y a à surveiller, j'ai fait les poubelles, j'ai dit stop, là, j'abandonne ». Donc, voilà, ça s'est passé un peu comme cela. Mais, cette décharge auprès des autres résidents, je me dis : « il fallait faire bonne face, bonne figure, continuer à être dans le soin, à être professionnelle avec ce choc qui venait d'arriver, avec des gendarmes tout autour parce que on a vu tout un défilé de gendarmes. Il y a eu deux gendarmes, trois gendarmes, ils ont appelé le procureur, le préfet. Il y a une dame à côté, moi je pensais parce que elle était très ouverte, et fait exprès, ce jour-là, elle n'a rien entendu mais, je doute qu'elle n'ait rien entendu. Je pense que ce jour, voilà, elle a fermé le truc. Je doute vraiment qu'elle n'ait rien entendu car ils n'étaient pas discrets, aspect photo, c'est vrai que c'est choquant. Moi, je vois me dire, me faire : « pff » me regarder comme si il en avait marre. J'ai analysé après quoi, il savait, il savait qu'il allait en finir.

– Il n'avait pas manifesté des réactions, des attitudes, des paroles ? Il avait verbalisé des choses qui vous laissaient penser ?

– Aucune, aucune, aucune, aucune. Jamais. C'était quelqu'un qui aimait vraiment la vie en plus, qui était très, malgré tout ce qui pouvait lui arriver, il était très dans l'humour, j'aurais jamais cru qu'il aurait fait ça, ce monsieur-là. Par contre, le médecin légiste m'a beaucoup déculpabilisée. Il a demandé qui était la dernière personne à l'avoir vu : c'était moi, à l'avoir découvert : on était à deux. Elle m'a dit : « il faut vous déculpabiliser de ça, parler des suicides en maison de retraite ». Elle me disait : « c'est énorme le nombre de suicides, vous vous rendez pas compte ». Elle me disait : « des couples ». C'est vrai, en a pas mal de petits couples et ils sont super fusionnels et je me dis : « et si il y en a un qui part », toujours se méfier. Des fois, on se dit : « ah, il ne passera pas à l'acte », moi je ne me dis pas ça maintenant.

– Quel retentissement ça a eu dans votre pratique, du coup ?

– Dans ma pratique, moi, j'ai eu cette chance, c'est arrivé un dimanche il me semble ou un samedi. Je partais en vacances le lendemain. Donc c'est pareil, il fallait aller chez les gendarmes. Donc, chez les gendarmes, on retrace toute l'histoire jusqu'au médicament, notre soirée. C'est vrai, c'est lourd parce que on se dit qu'on a peut-être fait une erreur, on se remet toujours en question, en fait. Moi, je me suis dit, je partais en vacances, N, elle retravaillait, elle, le lendemain. Je pense qu'elle a un autre vécu. Moi, je partais en vacances. Ma cadre S m'a dit : « écoute C, est ce que tu veux être suivie » « écoute S, pour l'instant c'est trop frais tout ça, là, je vais aller chez les

gendarmes, on en parle après, la seule chose que je veux c'est le voir sur son lit de mort, bien, pas dans l'aspect glauque qu'il y avait », j'en avais besoin. Je pense que je ne l'aurais pas vu, je crois que je serais vraiment restée sur cette image. Elle me dit : « tu veux que je vienne avec toi ? » je lui dis : « ouais ». On est monté, je l'ai vu, je l'ai senti vraiment apaisé, ça m'a aussi rassurée. Je me suis dit : « c'est quelque chose qu'il avait vraiment voulu faire ». Je me suis vraiment déculpabilisée à ce moment-là, après, on est descendu avec N. Fait exprès, on a rencontré sa belle-fille, son fils était mort, cela faisait déjà un moment mais il avait toujours une bonne relation avec sa belle-fille, la mère de son petit-fils. Elle a eu un discours tellement apaisant envers nous que pareil, moi, je me suis déchargée, je me suis dit : « la famille, voilà, ne nous en veut pas, il y a aucun... ». Le protocole avait été bien respecté, aussi. C'est vrai qu'on a tendance à vouloir rester professionnel, et aussi l'aspect humain, est ce que on a loupé quelque chose, il y avait tout ça. Le fait de le voir, ça m'a, moi, ça m'a déchargée. Après, S m'a parlé de l'aspect psychologique du truc, je lui ai dit : « écoute, je pars en vacances, je pars trois semaines, c'était mes trois semaines de vacances, on verra à mon retour ». Les deux premiers jours, j'ai eu du mal à évacuer. Après, les vacances, les enfants... Quand je suis revenue, j'avais, je pensais être convoquée par la directrice qui elle-même n'était pas là, je pensais être convoquée. Je vais appeler N entre deux et N m'avait dit : « eh bien, écoute, moi, je n'ai pas été convoquée non plus ». Et moi, le fait de ne pas en parler au sein des équipes de la maison de retraite, ça, ça m'a, ça, ça m'a plus choquée. Madame A ne nous en a jamais parlé à l'heure actuelle, on n'a jamais eu de dialogue là-dessus.

– Il n'y a pas eu de débriefing au sein de la maison de retraite, vous voulez dire ?

– Sauf le jour même avec notre cadre, avec S et c'est tout.

– Il n'y a pas eu d'espace de parole, c'est ça que vous voulez dire ?

– Non, ouais, et ça, c'est ça qui a manqué parce que on a eu quelques petites difficultés. On ne trouvait plus le protocole de suicide. C'est des petits trucs, mais je pense qu'il faut en parler en équipe, parce que quand ça arrive, voilà... Même les gendarmes nous ont demandé une adresse, l'adresse de sa belle-fille. Sur le PSI, il y avait juste le numéro de téléphone, donc trouver des adresses ; c'est pas normal, on devrait avoir... puisqu'ils préviennent qu'en se déplaçant sur les suicides. Ils ne préviennent pas par téléphone. Donc, ça, ça été un souci aussi, à gérer en plus. Je pensais qu'on en aurait parlé après, même au moins avec Mme A, essayez de débriefer sur ce qui s'était passé puis de se dire : « qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce qu'on ne fait pas, qu'est-ce qu'il y a à améliorer, le fait de se retrouver à deux, à continuer à travailler ». C'est arrivé à deux heures, tout ce questionnement qui reste toujours un questionnement, qui est toujours en suspens pour moi, à l'heure actuelle. Au niveau de ma direction, je ne comprends pas pourquoi elle n'a pas essayé de savoir comment allaient ses équipes. B a rebossé dès le lundi. Je pense que cela a

été plus dur pour elle. Moi, je pense pas que j'aurais réussi. Après, je pense pas. Même trois semaines après, quand j'ai franchi la porte, c'était un autre Monsieur, j'avais un peu la boule de cette image.

– Le soutien psychologique proposé après, est-ce que...

– On me l'a proposé. Après, c'est une image. Moi, on m'a mis un paquet de feuilles dans une enveloppe marron avec un mot : « C, si tu en as besoin, voilà, voilà l'adresse ». Moi, je l'ai mal vécu ça. Je me suis dit : « on aurait pu me le donner de main en main, voilà ce qu'on peut te proposer, après tu y vas, tu n'y vas pas ». J'ai pas ressenti le besoin. J'en parlais beaucoup avec mes collègues, par contre, aides-soignantes.

– Vos collègues ont été une ressource, en fait ?

– Ouais, ouais, quand même. J'en ai beaucoup parlé, mais le fait que je parte en vacances m'a beaucoup aidé, de trois semaines de recul sur tout ça. Et après, dans le quotidien, on se pose des questions. On peut retrouver un couteau par exemple, le docteur J est au courant, sous un oreiller d'un résident. Moi, je ne suis pas contre qu'ils aient des couteaux, mais c'est ce que l'on dit avec ma collègue, avec mon binôme : « c'est arrivé une fois, maintenant on veut l'autorisation d'avoir un couteau pour certains ». Là c'est au CANTOU, donc psychologiquement c'est quelqu'un, si, il est au CANTOU, c'est qu'il avait des difficultés, c'est à prendre en compte quand même. Là, on peut en discuter en réunion d'équipe sur les résidents, mais c'est vrai sur le suicide qu'il y a eu, on n'a jamais discuté, c'est resté toujours fermé.

– Et du coup, j'ai l'impression que dans votre discours, vous dites quand même que vous êtes plus vigilante, par rapport à certaines choses, depuis cet épisode ?

– Oui je suis plus vigilante, par rapport, par rapport notamment à ce couteau. Moi, je n'étais pas là, j'étais en vacances, j'avais pris quelques jours et ma collègue me dit : « j'ai descendu un couteau de chez monsieur, monsieur, et il l'avait sous l'oreiller, ça m'a quand même interpellé. C'est un monsieur qu'on ne s'occupait pas avant. Là, on s'en occupait, on a vu le couteau. On lui a expliqué : « bah non, faut pas dormir avec ça sous votre oreiller ». On lui a retiré et on l'a descendu. On en a parlé aux infirmières et on avait marqué un mot : « est-ce que ce monsieur a le droit à ce couteau sous l'oreiller, est-ce que c'est autorisé ou pas ? ». Après, ça nous décharge nous, quelque part, de nous dire : « oui c'est autorisé ». On autorise, voilà. Moi, je reviens de vacances, on fait une nuit ensemble, ce monsieur, on retourne s'occuper de lui, rebelote, couteau sous l'oreiller. Je me dis : « c'est pas possible, ça été rendu ». Pas de réponse, j'ai été voir dans les transmissions, pas de réponse à la question qu'avait émis ma collègue. Donc, on le redescend et on repose encore la question. Sur le petit matin, on s'est dit, nous on veut bien qu'il ait un couteau mais sous décharge, si c'est autorisé, si c'est vu en équipe, avec le médecin, si c'est autorisé. Après, il est resté, en fait, dans la salle de soins, mais on n'en a pas plus parlé que

cela. Et puis, à la réunion de nuit qu'on a eu, le docteur J était là, là, on n'en a parlé. Le docteur J n'a pas compris qu'il n'y ait pas eu de réponse par rapport à ce qui s'est passé. C'est vrai, on a certaines collègues qui disent que ce n'est parce que il y a eu un suicide, que si, que ça. On a dit : « non », mais c'est un CANTOU, des couteaux comme ça, c'est un opinel, des couteaux comme ça pour lui ou pour les autres, il faut faire attention. Ce serait un monsieur qui a l'habitude, au rez-de-chaussée, ça n'empêche qu'il peut se faire du mal, faire aux autres, mais il n'a pas aussi ce problème pathologique psy. Donc, voilà, je suis plus vigilante, je me méfie plus.

– Vous êtes plus vigilante, est ce que il y a d'autres choses qui ont changé, aussi ?

– Dans l'écoute, je suis peut-être un peu plus... Quand les gens me disent... Je vois tellement ce monsieur-là me dire j'en ai marre. Y en a qui vont prendre à la légère cet aspect suicide, se dire c'est la fin. Moi je le prends moins à la légère, je reste sur le qui-vive même si je sais que si quelqu'un veut passer à l'acte, il le fera quoi qu'il advienne, mais je suis plus alertée.

– Et parler du dialogue sur le suicide ?

– Moi, je trouve qu'il n'y en a pas eu, ici.

– Et, avec les résidents, est ce que vous discutez de ce sujet-là ?

– Pas avec les résidents, non. Les résidents qui nous en parlent, qui disent : « c'est la fin », on essaie de désamorcer, de parler avec eux, de se poser plus. Le travail de nuit, il y a plus de temps. Donc, quelqu'un qui est en détresse, pas bien, on va plus discuter. Après, c'est plus le dialogue soignant qu'il n'y a pas, ici. C'est mon ressenti, je pense que je ne suis pas la seule.

– Mais, vous ne parlez pas du suicide avec les gens, vous ne leur demandez pas ?

– Pas directement, non. Si je ressens rien de particulier, non, non, je n'en parle pas avec eux. Pourquoi, je ne sais pas, je ne sais pas. Vu qu'il ne tend pas la perche, je tends pas la perche.

– Et si ils tendent la perche ?

– J'en parlerai, assez, parce que je suis quelqu'un d'assez ouvert, donc, j'en parlerai. Je sais que S voulait pas en parler par rapport aux résidents. Par rapport à son décès, elle n'a pas dit que c'était un suicide, elle laissait vraiment en suspens. Je pense qu'il y a des gens qui ont compris que c'était un suicide. Moi, j'ai senti auprès de certains résidents ce respect du choix. Il n'y a pas eu de jugement, non, non, notamment la dame qui était à côté, qui n'est pas très facile et qui est très commérages. J'avais dit à S : « méfie-toi, elle risque de raconter des choses ». Les médecins légistes étaient juste à côté, ils parlaient assez fort. Elle a dû tout entendre.

Et puis, fait extrait, elle m'a dit : « écoute, elle n'en a pas parlé ». J'ai été très, très, très surprise. Je pense qu'elle s'est fermée sur ça. Elle n'en a jamais parlé, du tout, du tout.

– C'est difficile à aborder comme sujet avec les personnes ?

– Oui, au sein de la maison de retraite, c'est assez difficile, parce qu'ils savent qu'ils sont ici pour ..., parce que c'est leur dernière demeure, ils le savent. Il y en a beaucoup qui nous disent qu'ils attendent la fin. Mais parler du suicide directement, non, jamais, je n'en ai jamais parlé directement de moi-même.

– Cela vous met mal à l'aise ?

– Non, ça ne me met pas mal à l'aise, mais il faut que ce soit vraiment eux qui fassent. De moi-même, je me dis qu'ils sont là, la vie est là, malheureusement on naît, on vieillit, on meurt. Il y a des gens qui meurent plus jeunes. On essaie d'accompagner au mieux.

– Il y a des signes qui pourraient vous alerter ? Quels signes chez une personne, qu'est-ce qui vous alerterait, qu'est-ce qui ferait que là, vous vous diriez : « là, il faut qu'on fasse attention, il faut qu'on soit vigilante, il y a peut-être un risque suicidaire là » ?

– On se méfie plus, déjà, sur des résidents... On a eu une résidente, on a eu du mal, cela faisait pas longtemps qu'elle était là, elle déambulait beaucoup. Donc, on avait un peu peur à la fugue. On reste un peu plus vigilant sur les fugues. Les produits, on fait hyper attention la nuit à ce qu'il n'y ait pas de produits. C'est vrai qu'il y a eu un autre vécu ici, on est assez vigilant sur tout ça. Après, on a eu un monsieur qui n'était pas bien depuis quelque temps. Lui, parle régulièrement : « je veux mourir, c'est la fin », qui est en pleurs, qui crie, qui a vraiment des périodes... On essaie de désamorcer par la parole, mais, il n'en parle pas directement. Il ne répond pas spécialement à nos questions, non plus.

– Et, qu'est-ce que vous pensez de la formation que vous avez eue sur ce sujet-là, formation sur le suicide ?

– Je n'ai pas eu de formation, moi, sur le suicide de la personne âgée.

– Et qu'est-ce que vous pensez des outils de repérage que vous pouvez avoir, si vous en avez ?

– Le changement de comportement.

– Est-ce que vous utilisez des fois des échelles, des outils un petit peu spécifiques sur ce sujet-là ?

– Non, non, pas du tout. Quand les gens sont vraiment dans la souffrance par la douleur, aussi.

– Ça, c'est quelque chose qui peut vous alerter ?

– Pareil, il y a les cordons de sonnette, c'est des trucs tout bêtes. Notamment, ils ont des sonnettes au cou mais cordon. Mais avant, ils avaient des sonnettes au cou, mais normalement c'est des sonnettes qui sont faites la journée et là, c'est vrai, on se bat avec ma collègue, pour qu'ils n'aient pas ça au cou car c'est un cordon. Et puis, certaines personnes peuvent se retrouver... voilà. Ils ont une sonnette murale. On est hyper vigilante avec ça. Des fois, les sonnettes, quand on voit qu'ils sont hyper agités, on les repousse un peu car ils s'entortillent dedans, on a peur à la strangulation ou le passage par-dessus les barrières. Des gens qui sont très agités et qui n'ont pas l'habitude d'être agités... Les médicaments, des résidents qui ont des médicaments vers eux, maintenant on note. Vous retrouvez telle boîte, tel médicament, est-ce normal ? C'est vrai qu'on est quand même plus vigilant qu'on a été. Je pense que c'est par rapport à ça. Plus vigilant sur les médicaments, sur l'attitude des résidents, les sonnettes, je ne dis pas que... Mais on fait attention.

– Et ce vécu, cette situation, est-ce que ça a remis, à un moment, en question votre choix professionnel ?

– Moi, non, non, non jamais.

– Et ça n'a pas eu de conséquences dans votre vie personnelle, est ce que il y a eu des difficultés ? Vous disiez, peut-être, au moment de vos vacances que ça été difficile un petit peu, au début, à évacuer ?

– Les deux premiers jours, j'ai eu beaucoup de mal à évacuer, je pensais à ça. Et moi, je reste sur ça, c'est moi la dernière qui l'a vu. Je me suis posée la question : « pourquoi ? J'aurais peut-être pu faire comme ça, désamorcer peut-être un truc », l'incompréhension, pourquoi il a fait ça. Il me connaissait bien, en plus. Il savait, et puis j'en avais parlé avec M, M me disait : « je suis sûre qu'il savait que je n'étais pas là ». Il savait qu'elle n'était pas là. Il la connaissait aussi depuis des années, il m'a vu avec N, il s'est dit : « c'est le moment ». Je ne sais pas, je ne sais pas. Ça reste vraiment un questionnement, il avait vraiment prévu son truc et c'est ça, d'avoir prévu son truc, d'avoir rien dit, même aux filles, personne n'ait rien vu dans la journée... Moi, je le revois avec cette sensation... Maintenant, je me dis : « je vais partir ». Je le vois comme ça maintenant, alors que je le voyais plus : « il en a marre, quoi, le pauvre, il est fatigué, épuisé ». En fait, non, je suis fatigué, je suis épuisé mais je vais partir, mais j'ai décidé de partir. Le médecin légiste m'a dit qu'il avait vraiment prémédité son truc, la bassine... Nous, on avait pas vu tout ça. Après, quand on m'a expliqué comment ça a été fait. Il avait enlevé la sonnette, il avait mis son bras dans la bassine, un papier dessus et le couteau, il l'avait vraiment laissé sur lui. C'était vraiment voulu, c'était pas un appel au secours et puis « aidez-moi », non, il voulait mourir. Très dur, très très dur. Mais, moi, ce qui m'a manqué, c'est le dialogue, le dialogue interne, c'est vraiment ce qui me manque. On en a beaucoup discuté avec N parce que comme on était là toutes les deux. Une fois, il avait été question de faire une réunion, mais en fait, il voulait faire une réunion mais sans nous. C'était peut-

être, aussi, le moyen de nous protéger, enfin, on avait eu écho de ça. Ils voulaient peut-être, nous protéger à travers ça, je ne sais pas, peut-être. Mais en fait, moi et N, on avait besoin d'évacuer des choses quand même et puis, sur le coup et puis, c'est sur le coup qu'il faut évacuer. Après, on prend trop de recul, on reste un peu... J'avais vu le docteur J, je crois qu'il ne savait même pas que c'était moi et N. Même le fait de ne pas savoir qui était là, il y aurait pu avoir un arrêt derrière, plein de conséquences derrière, des dépressions soit pour l'une ou pour l'autre et puis tout ce questionnement. Moi je me serais retrouvée avec une petite jeune, continuer à bosser, qu'est-ce qu'on fait, je suis toujours dans ce questionnement, qu'est-ce qu'on fait. Si, ça arrive à 11 heures le soir, qui on appelle, est-ce qu'il ne faut pas un relais, quelqu'un d'autre qui vient bosser, voilà, moi, je suis toujours dans ce questionnement-là. J'ai dit que ce ne serait pas moi qui irais en parler, j'attends Madame A, peut-être, un jour elle se dira... parce que ça n'interpelle personne. Sur des petits trucs, sur des petits trucs, on va discuter, mais, sur ça qui a été grave, pas eu de suite.

– Je voulais vous demander qu'est-ce qui vous a manqué pour gérer différemment cette situation. J'ai l'impression que ça, le dialogue, après...

– Oui, ça m'a pesé, ça m'a beaucoup pesé.

– C'est plus ça qui vous gêne, j'ai l'impression ?

– Oui, je pense qu'on a réussi à gérer le truc avec B, je pense qu'on l'a bien géré, je pense qu'on l'a plutôt bien géré parce que on quand même continuer à bosser sans rien montrer. Quand S est arrivée, je me suis un peu déchargée, j'ai fait, on a fait, on a même distribué les médicaments et tout. On aurait pu dire : « c'est bon, laisse, les infirmières vont le faire le matin ». On est quand même restée professionnelle. On s'est dit pour nos collègues que ça allait rester difficile pour elles. Moi, je suis restée plus loin que mes transmissions pour voir mes collègues, donc, il y a eu beaucoup de pleurs. C'était quelqu'un, en plus, qui était très représentatif de la maison, c'était quelqu'un qui était très vivant, qui emmenait beaucoup de choses ici. C'est vrai que cela a pesé. Notamment, une infirmière qui était là, elle aussi, elle n'a pas compris il n'y a pas eu de dialogue. En plus, elle était enceinte, c'était beaucoup plus compliqué, elle était là la veille, elle aussi, elle ne l'a pas vu venir non plus. Ça été mal vécu. Je pense qu'on a été bien encadré, super bien encadré, même moi et N. Le lendemain du suicide, voilà... On a été aux gendarmes. On est arrivé, S m'a dit : « si tu as besoin, si tu as besoin aspect psy » je lui ai dit : « écoute, je pars en vacances, on verra ça ». Et après, plus rien, comme si il ne s'était rien passé. C'est intéressant cette thèse parce que après, vous allez en retirer plein de choses, je suppose. Le docteur X nous a dit : « je vous la ferai parvenir ». J'aimerais bien, parce que, même le vécu des autres, d'autres filles qui ont le même vécu. Ça, ça doit être super intéressant, c'est un sujet intéressant. C'est vrai je me dis pourquoi on ne parle pas du suicide avec les résidents, parce que, eux, c'est un projet de vie qu'ils ont, peut-être. ça peut être un projet de vie. Après, Monsieur X, ça restera un

personnage, ce monsieur. Se dire qu'il a fait ça, il était censé, c'est qu'il le voulait, c'était son choix, je respecte son choix et puis, maintenant, voilà... Moi, c'est le dialogue, c'est ça qui me manque. Pour moi, tout se règle par ça. Tout est dit quand on en parle. Nos collègues, mes collègues soignants au sein de l'équipe, ça été, ils nous en ont parlé, les plus proches, on va dire. Il y en a beaucoup qui ne savait pas qui était là, il y a eu beaucoup de non-dits. Est-ce que il faut cacher la chose, est-ce que il faut en parler. Je pense qu'il aurait vraiment fallu en parler, même les filles n'étant pas là, il y a tout ce vécu du jour. Il y a l'infirmière qui n'avait rien vu, il y a les soignants qui sont intervenus qui, pareil, n'avaient rien vu de particulier. On peut se poser des questions. Peut-être qu'il a dit des choses dans la journée, et puis qui pourrait interpeller après, peut-être. Donc, on en est resté là. Moi, c'est vrai j'ai pas eu de suivi et à l'heure actuelle, ça ne me poursuit pas. Je suis plus vigilante, c'est vrai. Je me méfie plus, notamment les médicaments, les objets tranchants. Là, on a une dame qui est rentrée au CANTOU. La première chose que l'on a vue, c'est un vanity plein, un vanity avec plein de ciseaux dedans. Donc... Plein de ciseaux. Ils ont tout enlevé. Cette dame venait d'arriver, c'est sa fille qui l'a emmené. Plein de produits, voilà... Plein de petits ciseaux. Pas au CANTOU. Comme quoi, on est plus vigilant parce que, quelques années auparavant, je n'aurais peut-être pas, ça ne m'aurait peut-être pas autant interpellé, peut-être. Je suis devenue, peut-être, plus vigilante là-dessus et j'ai peut-être une autre approche. Au niveau du suicide, j'ai peut-être une autre approche par contre.

– Au niveau de la compréhension du geste, vous voulez dire ?

– Oui, oui parce que, je comprends pourquoi, aussi, il a fait ça, je peux comprendre. Je peux comprendre pourquoi il a été amené à ça : sa femme malade, son fils parti, maison de retraite, difficultés pour marcher, voilà... Il a vécu ce qu'il avait à vivre ici et je pense qu'il l'avait bien vécu, en plus. Je pense qu'il a été heureux ici, voilà... Là, il arrivait au bout de ce qu'il pouvait. J'en sors une autre soignante, avec ça.

– Ça vous a quand même transformé ?

– Oui. Mais c'est vrai, j'ai pas eu de formation sur le suicide. Il y avait eu un autre suicide, aussi, au sein de la maison de retraite, quand moi je suis arrivée. C'était d'autres collègues de nuit, des anciennes qui sont en retraite, maintenant. Donc, c'était un autre suicide, c'était par pendaison, c'était, c'était autre chose. Pareil, je ne me souviens pas qu'on ait eu un dialogue après, par contre les filles avaient eu du mal.

– Ca avait été plus mal vécu ?

– Oui, du fait de ce vécu, moi je savais, parce que sinon je n'aurais peut-être pas su. Elles l'avaient détaché, parce que c'est l'instinct de survie, elles ont essayé de détacher, il était déjà mort et les gendarmes ont dit : « il faut surtout pas faire ça ». Eux, ils sont dans leur pièce à conviction et nous on est...il est peut-être encore vivant. Je me souviens de ça, surtout, faut jamais rien toucher, faut... C'est ce que

l'on a fait avec B, on est sorti de la chambre,...j'ai dit : « on ne touche à rien, si jamais il est encore ouvert, on ne touche à rien ». Quand les gendarmes sont arrivés, voilà... Les gendarmes : pas simples, les gendarmes : pas accusateurs mais après, après ils sont pris dans leur truc, ils sont pris dans leur boulot. Au départ, c'est comme si c'est nous qui l'avions tué, ça, ça m'a choquée et puis, quand je suis allée chez le gendarme, le lendemain, chez les gendarmes, il m'a complètement... Il m'a dit qu'on est dans la procédure, parce que je lui en ai parlé, il m'a dit : «, non, non, c'est dans la procédure, voilà, on voit bien... »

– Eux, ils sont dans la rigueur du protocole

– Oui, voilà, c'est ça. Moi, ce qui m'inquiète plus, c'est que ça ré-arrive. En jour, il y a toujours plein de monde, il y a toujours du soutien en jour. En nuit, on est que deux. Moi, j'ai trouvé le SAMU admirable, de rappeler au bout de 10 minutes, savoir comment on allait. Le premier truc qu'ils nous ont dit : « vous vous asseyez, vous prenez un café, voilà... ». De rappeler au bout de 10 minutes, comment vous allez, vous, comment vous allez, vous. Est-ce que vous arrivez à gérer le truc, ça va, vous avez fait le nécessaire, oui, ça va. Après, d'être encadré au bout de 24 heures, on va dire et puis après : plus rien. Moi, ça m'a manqué ça, ça m'a vraiment manqué parce que ça aurait vraiment mis un point final et de parler de ces problèmes : et si ça arrive en nuit, qu'est-ce qu'on fait, et si c'est une petite jeune, je me serais retrouvée avec une petite jeune soignante de 18 ans ou 19 ans, comment gérer la chose, et fait exprès, cette nuit-là, on n'a pas trop de sonnettes, on n'a pas été trop, trop embêtées après. On a eu quelques sonnettes, on n'a pas été sollicité comme à l'habitude et je me dis : « c'est vrai, il faut rentrer dans les chambres, faire bonne figure, continuer à travailler ». Ça c'est dur, ça c'est dur parce que on est dans le coup du choc, on est choqué, moi, je suis choquée, on est choqué, l'image m'a choquée. Je pense qu'il l'aurait fait autrement, ça ne m'aurait pas choqué, mais là, ça m'a vraiment choquée, choquée cette violence de gestes, c'était vraiment violent. Je me rappelle S qui m'a dit : « il faudra nettoyer ça », je ne nettoie pas ça, ne me demandez plus rien, moi, je nettoie rien, je ne touche à rien de la chambre. Il y a des usines pour ça, c'est vachement dur de demander aux collègues de nettoyer la chambre. Il y a tout ça, tout ce questionnement de se demander ce qu'on fait, c'est un suicide par pendaison, c'est un suicide par... Il y a différentes sortes de suicide. C'était plus glauque, cette approche, puis se dire : « qu'est-ce qu'on fait, si vous n'êtes pas bien, qui on appelle, comment on gère la chose. »

– **Ca, dans le protocole, ça doit être marqué ?**

– Ça dû être marqué. Là, c'est vrai c'était la directrice de B qui est était super, super. Elle est venue nous voir. Elle a tout de suite dit à S et pourtant elle lui a dit il faut se recentrer sur les soignants, il faut en parler, faut évacuer tout cela. Donc, nous, on a un peu évacué, on va dire, sur la journée du lendemain et après, plus rien. Moi, le dialogue m'a beaucoup manqué. Mais je pense, ici, c'est vraiment un souci, il n'y a pas cet aspect de dialogue vraiment pour des choses qui sont, pour moi,

primordiales parce que tous les soignants étaient touchés, que ce soit la simple lingère, l'hôtelière, je pense que tout le monde a été touché par ça et personne n'a pu transcrire. Moi aussi, j'ai évacué chez les gendarmes, je suis restée 1h30. Moi, ça m'a fait du bien et le fait d'évacuer trois semaines, je pense, heureusement, car sinon je ne sais pas comment je l'aurais vécu. Moi, je dis : « chapeau » à N qui a été bosser le lendemain, je ne sais pas comment elle a fait. Elle ne s'est même pas préoccupé de ça, de se dire : « il faudrait, peut-être, lui changer son jour ». Après, c'est moi qui réagis à sa..., après elle aurait peut-être voulu bosser. Moi, je ne pense pas que j'aurais pu bosser le lendemain, je ne pense pas, je ne pense pas. En plus, c'est tout bête, mais quand j'ai ré-ouvert la porte trois semaines après, je vois un monsieur un peu plus costaud, mais pareil, l'oxygène, le lit à la même place, je revoyais l'image, je revoyais l'image. Après, je n'ai pas fait d'insomnies, j'ai pas fait de cauchemars, non, non. J'ai pas pris non plus... J'ai pas eu ce besoin d'aller voir quelqu'un mais je me suis posée, aussi, pas mal de questions, questions réponses, et puis avec N, on s'est beaucoup retrouvé après pour en discuter, avec M, mon binôme de d'habitude, on en a beaucoup discuté. Mais c'est vrai, au sein interne, au propre de l'établissement, surtout il y a des choses qui n'ont pas été. Le protocole de suicide était sur le bureau de Mme A, il fallait le trouver, cette adresse, ces adresses qui ne sont pas mises, ça je trouve ça... Il en faudrait au moins une. Les gendarmes m'ont dit qu'ils ne prévenaient pas par téléphone. Ça, je ne sais pas si elle le sait. J'en avais parlé à S mais Mme M, je ne sais pas si elle le sait. C'est des trucs tout bête qui pourraient être rectifiés sur le PSI, voilà si ça arrive la nuit, on a une adresse, voilà, parce que c'est que des numéros de téléphone qu'il y a, donc, ça, ça a posé un peu de souci, voilà, autrement, le protocole a été bien suivi. Donc, voilà.

– Je vous remercie.

Entretien 9

– **Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter s'il vous plaît ?**

– A. T médecin généraliste. Je suis à la fois médecin généraliste et donc médecin coordinateur, ici, sur l'EHPAD, où j'interviens un tiers temps, c'est-à-dire 45 heures par mois, voilà.

– **Ça fait longtemps que vous êtes médecin coordinateur ?**

– Depuis 2007. J'ai travaillé pendant 10 ans à l'hôpital de D comme médecin généraliste intervenant en soins de suite et puis après, j'ai passé, à la fois, une capacité de gériatrie et la formation de médecin coordinateur proposée par MG France, donc, j'ai deux diplômes.

– Donc, on va discuter un petit peu du suicide qu'il y a eu dans l'établissement. Est-ce que vous pouvez me parler un petit peu de l'histoire de ce monsieur ?

– Euh, je ne la connais pas du tout. Ce que je connais du monsieur, c'est que le matin, en général, quand je rentrais, je lui disais bonjour car il était avec deux ou trois résidents à lire le journal. Donc, à la fois je le connaissais bien visuellement mais je ne le connaissais pas, je dirais, personnellement, parce que c'était quelqu'un d'assez peu dépendant, assez autonome, on va dire, donc il menait un petit peu sa vie, donc le seul moment où je le voyais, c'est quand il lisait le journal, quand j'arrivais, on se saluait, voilà, c'est le seul contact ou lien que j'ai avec lui. Comme il ne posait pas de problèmes particuliers en termes de gériatrie ou médicaux, donc, je n'ai jamais eu l'occasion de le voir, car il était déjà rentré. Moi, quand je suis arrivé donc je ne l'ai jamais rencontré personnellement dans des rencontres comme ça, bonjour.

– Ce monsieur s'est suicidé. Comment vous, vous avez appris son suicide ?

– Et bien, je l'ai appris par l'infirmière référente qui m'a appris, décrit comment il avait fait.

– Quel ressenti vous avait eu par rapport à ça ?

– Eh bien, d'abord, premièrement la tristesse. C'est toujours triste de voir quelqu'un qui choisit la mort alors que l'homme est fait pour la vie. Tristesse aussi de voir que je le rencontrais presque tous les jours, enfin, presque pas tous les jours, mais à chaque fois qu'on se rencontrait, on se saluait. Je n'imaginai pas, qu'intérieurement, ça ne devait pas aller.

– Vous aviez anticipé son geste ?

– Non, pas du tout puisque c'est le type de gestes hyper préparés comme ça qui montre que les gens sont très déterminés puisqu' il avait rangé toutes ses petites affaires : sa carte d'identité, ses papiers, il les avait mis en tas, au bord, je ne sais pas si c'est un lac ou un étang, ce sont les anciennes douves, allez, on va dire que c'est un étang. Il avait tout mis en place pour qu'on puisse à la fois repérer vite qui c'était et l'identifier. Ça montrait qu'il était très déterminé. Les gens qui font ça comme ça sont très déterminés et voilà. Ce sont des gens qui arrivent toujours à ce qu'ils veulent parce que, justement, il l'a caché à tout le monde pour pouvoir réaliser son geste, que personne ne puisse l'entraver d'une façon ou d'une autre.

– Quel retentissement cela a eu, pour vous, dans votre pratique ?

– Quel retentissement, comment dire, à la fois les suicides dans les maisons de retraite, c'est assez rare. À la fois, c'est aussi des choses qui arrivent. Autant il y a des personnes chez qui on est vigilant parce qu'ils montrent des signes de dépression, d'auto agressivité envers eux, des signes justement qui peuvent laisser à penser qu'ils peuvent attenter à leur vie donc, là, c'est assez facile, je dirais d'agir ou en tout cas de prévenir, même si on n'arrive pas à prévenir tout. Là, dans ces

situations-là c'est impossible, je dirais, à dépister puisqu'ils présentent extérieurement aucune modification, ni du comportement, ni de quoi que ce soit, donc c'est difficile. Toute l'équipe était très, très, très surprise car elle ne s'y attendait pas et je crois, en plus, c'était quelqu'un de très autonome, c'était une des personnes les plus autonome de la... À la fois, on ne l'attend pas chez ces personnes-là, à la fois, c'est eux qui ont le plus de capacités puisque, effectivement, comme ils sont autonomes, ils peuvent faire ce qu'ils veulent, la preuve, il est sorti, il est allé près de l'étang. Donc, je dirais que c'est difficile d'intégrer ça, comme si on se dit pour éviter que ça recommence, c'est difficile de dire, en dehors de faire des entretiens psychologiques à tous les gens qui sont dans la structure pour essayer de voir s'ils peuvent manifester une souffrance. Justement, j'étais en train de voir que sur notre structure, la psychologue a vu, a eu 480 entretiens sur l'année 2014 et donc sur 128 résidents, même un petit peu moins, 120,123. 100 résidents sont passés entre ses mains, donc pas lui, visiblement. C'est déjà pas mal. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de structures où les gens sont si vus et si suivis, donc avec une moyenne de cinq entretiens par résident sur les 100 qui sont vus. C'est pas mal, quand même. Mais, effectivement, ce monsieur, il était un peu en dehors, puisque effectivement il était autonome, il gérait ses médicaments, il n'avait pas de dépendance qui nécessitait l'aide d'un tiers. Il se débrouillait pour tout, tout seul. À la limite, sa place n'était pas là mais il se trouve qu'il était dans la maison depuis je ne sais pas depuis combien de temps, voilà.

– Est-ce que vous, vous êtes plus vigilant par rapport à ce risque-là, depuis ?

– Plus vigilant ? On a mis en place, justement, une prise en charge psychologique depuis deux, trois ans, où on essaie, justement, d'avoir un suivi global des personnes pour dépister la souffrance, la dépression, dépressions masquées qui sont très répandues en maison de retraite. Nous, on est plutôt dans cet esprit-là. En prenant en charge l'anxiété dépression, on espère aussi prendre en charge les risques suicidaires, je dirais indirectement, mais on va d'abord aux premières causes. C'est pas le suicide lui-même qu'on veut prévenir, c'est les troubles que l'on veut identifier et puis voir si, justement, chez ces personnes-là, il y a des risques suicidaires. La preuve qu'il y a des limites, lui il n'était pas dans le recrutement, voilà.

– Parler du suicide avec une personne âgée, que ce soit ici ou même dans votre activité en tant que médecin généraliste, vous en pensez quoi ? Est-ce que c'est quelque chose de facile, que vous faites ?

– Moi, ça ne me gêne pas d'en parler. J'en parle quand je sens que les gens, effectivement, ont une anxiété importante, une dépression importante. Donc, c'est souvent quelque chose que j'évoque en disant : « est-ce que vous avez des idées noires ? ». Je vois comment les gens répondent, pour compléter ma question, je leur demande : « est-ce que vous avez pensé à vous donner la mort ? », et si il me dise oui, je leur dis : « de quelle façon » cela permet d'évaluer un risque fort ou si c'est juste, je dirais, des idées ou si, effectivement, il y a plus que des idées.

– Ça ne vous gêne pas ?

– Non, ça ne me gêne pas. Ici, je dois dire que je n'ai pas tellement l'occasion de le faire. Quand je vois, dans les entretiens, ça peut arriver, mais c'est pas fréquent. Justement, je regardais, combien j'avais d'entretien par an, j'en ai une cinquantaine par an, d'entretiens. Ce sont les entretiens d'entrée et je regardais dans les gens d'ici, j'en ai pas vu énormément, parce que j'en ai vu 7, 8, souvent à la demande des infirmiers ou des infirmiers directeurs.

– Qu'est-ce que vous pensez de votre formation sur ce sujet, sur le suicide de la personne âgée ?

– Moi, j'ai été formé puisque j'ai suivi à la fois une capacité de gériatrie et ce diplôme de médecin coordonnateur. C'est des choses dont on a parlé dans la formation, ça été abordé. Je me souviens, justement, qu'on disait que c'était une des périodes de la vie où il y avait un pic de suicide chez la personne âgée, en général, pas en maison de retraite, forcément. Et, effectivement, dans ma pratique, en tant que médecin généraliste, je connais plusieurs personnes âgées qui se sont suicidées à domicile, au moins une dizaine. Je suis donc sensibilisé, je sais que ça arrive.

– Est-ce que vous avez des outils de repérage à votre disposition que vous utilisez ?

– Non, non. Non, c'est plutôt un contexte, on connaît les gens de façon, je dirais, global. C'est l'occasion de souffrance effectivement, de stress, de changement de vie, de grosses perturbations dans leur vie personnelle, le décès d'un conjoint, de problème de famille. Effectivement, c'est des choses qu'on évoque. Je n'utilise pas d'outils en particulier.

– Vous parlez de la psychologue, tout à l'heure. Je pense que ça fait partie des ressources que vous pouvez avoir dans ce genre de situation ?

– Effectivement, là, c'est pas dans le cadre du médecin coordonnateur, mais donc, au cabinet, on a une infirmière qui intervient tous les 15 jours dont une des missions est la prévention du suicide et donc, effectivement, quand on a des gens qu'on sent un petit peu limite, qui n'iront pas voir un psychiatre, ou on va avoir un rendez-vous assez longtemps, on a la possibilité de l'adresser à elle, et elle peut repérer aussi un risque suicidaire que, peut-être, nous, on n'aurait pas repéré. Pour nous, c'est une aide en plus. Donc, on envoie des jeunes, des vieux, dans la médecine générale, c'est de tout âge. Ça n'est pas centré que sur les personnes âgées. Moi, je lui ai envoyé des gens, justement, je me dis : « tiens, je vais peut-être le faire évaluer par quelqu'un d'autre, pour voir. »

– Et, elle vient à la maison de retraite ?

– Non, là, c'est au cabinet médical. Ici, on a notre psychologue qui est tout à fait capable de le faire.

– Est-ce qu'il y a des choses dont vous auriez besoin pour gérer différemment cette situation ?

– Moi, je pense que ça fait partie des situations, justement, on n'avait pas d'éléments pour nous permettre d'avoir une accroche, quelque chose. Autant, il y en a, on voit bien les choses venir. Là, surtout, c'était quelqu'un d'assez, je dirais, vivant, joyeux.

– Est-ce qu'il y a des choses, de façon plus générale, qui vous posent souci dont vous voudriez parler, là, sur ce sujet ?

– Non, non.

– Je vous remercie.

Entretien 10

– Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter, s'il vous plaît ?

– AF, je suis généraliste, installé depuis presque 10 ans dans un cabinet de groupe, voilà.

–Vous avez beaucoup de patients âgés? Vous intervenez beaucoup en EHPAD?

– Un petit peu, j'ai une patientèle plutôt jeune, en fait. Bon, j'ai quelques patients en EHPAD.

– Là, on va plutôt parler de votre patient qui était en EHPAD et qui s'est suicidé. Est-ce que vous pouvez me raconter, un petit peu, son histoire ?

– Oui, c'est un patient, son antécédent principal, c'était qu'il était diabétique avec quelques complications qui commençaient au niveau du diabète et puis, et puis comme on a diagnostiqué, brutalement, un hépato carcinome, peut-être regarder comment on avait diagnostiqué, parce que, c'était il y a plus d'un an, je ne me souviens plus trop, je vérifie comment on l'avait... Je ne sais plus si c'est sur une perturbation du bilan hépatique, comment on avait diagnostiqué ça... Oui, c'était dans le cadre d'un bilan systématique, une perturbation brutale du bilan hépatique. Dans la foulée, on avait fait une écho abdo, donc, à ce moment-là, il avait quel âge ? Né en 28, donc c'était il y a après un an, il avait 75 ans, non, non, il avait plutôt 85, non il avait 85 ans, pardon. Donc, l'échographie était très en faveur, donc, d'un hépato carcinome. Je les avais envoyé voir un gastro qui avait confirmé, en fait, il y avait un hépato carcinome et que, en fait, vu l'âge, voilà, il n'y avait pas de traitement spécifique. On avait décidé de ne pas faire de chimio, forcément, ça n'était pas

opérable, alors, que c'était un monsieur qui était autonome, qui vivait en maison de retraite, qui était complètement autonome, qui se déplaçait, qui marchait un petit peu. Donc, on lui avait annoncé ça, il était au courant du diagnostic puis, on lui avait dit qu'il n'y avait pas grand-chose à faire, peut-être que ça n'évoluerait pas très vite. On était resté... Et puis, visiblement, au niveau de la maison de retraite, je pense qu'ils n'avaient pas remarqué, spécifiquement, que ça n'allait pas. Il n'avait pas exprimé trop de difficultés. C'est vrai aussi qu'il n'y a pas d'enfants, qu'il était assez entouré dans la maison de retraite mais il n'y a pas tellement de famille autour. Et puis, en fait, brutalement, visiblement, il est parti, il s'est échappé. Il s'est échappé, c'est pas qu'il s'est échappé. On sait que ce monsieur, il partait régulièrement de la maison de retraite. Donc un jour, il est parti se promener. De la maison de retraite, il est parti se promener dans N et puis, en fait, il s'est jeté dans une mare dans un but suicidaire. Il avait laissé un..., en partant il était vraiment décidé, parce que, il avait laissé un petit mot à la maison de retraite, je pense qu'on a dû vous expliquer...

– Oui

– Voilà, qu'en fait, clairement, il n'avait pas du tout accepté ce diagnostic et puis qu'il préférait partir rapidement plutôt que de souffrir dans la maladie, en fait.

– **Et vous, vous l'avez appris comment, du coup ?**

– C'est par la maison de retraite, en fait, qui m'ont appelé en me disant qu'il avait été retrouvé noyé.

– **Quelle anticipation, est-ce que vous aviez anticipé ce geste ou pas ?**

– Pas du tout, pas du tout parce que moi je l'avais vu, je pense, quelque temps avant, oui, je l'avais vu quelque temps avant et puis on avait parlé de ce diagnostic-là. C'est un monsieur qui parlait facilement donc il était assez expressif, il était pas du tout renfermé, pour moi, je sentais que c'était difficile mais il m'avait dit : « vu mon âge, bon... », il n'avait pas semblé particulièrement abattu. Du coup, j'ai pas spécialement creusé sur le vécu de ce diagnostic. Moi, la dernière fois que je l'ai vu, c'est au tout début, en fait, au début des explorations. Donc, il avait vu le gastro-entérologue juste après moi, en fait. Quand je l'avais vu, je lui avais dit : « c'est probablement ça, mais je vous envoie voir un spécialiste ». Après, il a vu le spécialiste qui lui a confirmé, c'est après avoir vu le spécialiste qu'il a décidé..., voilà. Moi, la dernière fois que je l'ai vu, on était dans le doute mais il n'était pas complètement abattu, je ne l'ai pas trouvé complètement abattu.

– **Et quel retentissement ça a eu sur votre pratique ultérieure, ce suicide ?**

– (silence) Je ne sais pas si vraiment ça a eu un retentissement. Dans l'annonce, c'est sûr que dans l'annonce d'une maladie grave, du coup, on est toujours, je pense qu'il faut se faire entourer, faut pas le faire seul, faut vraiment laisser la porte ouverte aux gens qui veulent revenir, poser des questions, se faire entourer de psychologue, si besoin. Après, c'est des choses que je faisais déjà.

– Donc, ça n'a pas modifié votre façon de faire puisque vous étiez déjà vigilant, en fait, à ces choses-là ?

– Je pense. À l'annonce de maladies graves, on fait pas ça comme ça, en cinq minutes, sur le coin d'une table. Après (silence), moi, je ne l'ai pas vu juste avant, en fait. Je pense que c'est plus après, dans la prise en charge, au niveau de la maison de retraite. Est ce que c'est pas plus dans une maison de retraite qu'il faut être vigilant sur des signes : si on voit quelqu'un qui se renferme, quelqu'un qui change de comportement, je pense que c'est plus là, quand on pense à ce cas précis, c'est peut-être plus là que... Visiblement, ils n'ont rien vu, ils ne s'étaient pas rendus compte qu'il n'allait pas bien. Je pense qu'il a aussi voulu cacher son jeu, il était décidé, il n'a pas voulu inquiéter.

– Vous avez eu une réunion, après, tous ensemble, avec les personnels de l'EHPAD ?

– Non, non. J'ai senti... C'était quand même difficile pour le personnel parce qu'ils n'ont rien vu venir mais on n'a pas fait de débriefing après. Ça aurait peut-être été bien, d'ailleurs, que l'équipe soignante aurait voulu... Peut-être qui l'ont fait avec une psychologue, je ne sais pas.

– Eux, ils ont rencontré, il y a la psychologue dans l'établissement, elle est intervenue, ils ont proposé des réunions au personnel avec la psychologue.

– Et, ils l'ont fait ?

– Oui, ils l'ont fait.

– D'accord, ils ne m'ont pas contacté

– C'est plus la direction qui a proposé aux soignants qui se sentaient en difficulté de rencontrer la psychologue.

– Je pense que c'était bien parce que ils étaient quand même..., voilà, ils l'avaient vu juste avant. Moi, je pense que ça aurait été plus... ; c'est là, si je l'avais vu en consultation juste avant et que j'étais passé à côté...

– Vous vous seriez senti plus mal, c'est ça que vous voulez dire ?

– Ben oui, j'ai plus la date exactement de son décès, je ne l'ai pas dans son dossier mais je l'avais vu quand même, il y avait un certain laps de temps, je ne l'avais pas vu juste avant. A la maison de retraite ils ne me l'ont pas trop signalé. C'est sûr, le suicide, on y pense quand même souvent quand on a des gens qui sont pas bien.

– Vous utilisez des échelles dans votre pratique pour repérer le risque suicidaire ?

– Non. Après, moi, j'ai des questions systématiques quand je sens quelqu'un qui n'est pas bien. En fait, je pose facilement la question : « est-ce que vous pensez à la

mort, est-ce que vous pensez au suicide ? ». C'est une question que je pose directement, souvent. Notamment, lui, clairement, je ne lui ai pas posé parce que quand je l'ai vu, je ne l'ai pas du tout senti en souffrance.

– Qu'est-ce que vous pensez de votre formation sur le sujet, sur le suicide de la personne âgée ?

– Aucune.

– Vous n'en avez pas eu, c'est ça que vous voulez dire

– Oui, j'ai pas souvenir d'avoir été formé là-dessus. D'ailleurs, même au niveau des chiffres, j'ai pas trop notion si c'est quand même fréquent.

– *C'est relativement fréquent, c'est un suicide sur trois, le suicide de la personne âgée*

– au-dessus de...

– *De 65 ans*

– le premier, c'est l'ado, non ?

– *Oui, le premier, c'est l'adolescent et après, plus en fait, plus on monte en âge et plus les taux de suicide sont importants chez la personne âgée.*

– d'accord.

– Je voulais savoir, aussi, parler du suicide avec les personnes âgées, est-ce que c'est quelque chose, pour vous, qui est facile, est-ce que c'est un sujet que vous abordez, comment vous en parlez avec eux ?

– Je trouve que, spontanément, les personnes âgées parlent de la mort, beaucoup plus qu'un ado. Bon, on sent bien qu'il y a des personnes âgées qui en ont marre. Ils arrivent à partir. Donc, à la limite, je trouve c'est plus facile d'en parler avec une personne âgée qu'avec un jeune parce que ils abordent le sujet. Donc, quand ils en parlent, voilà, on ne parle pas forcément directement du suicide mais, voilà, dans ce cas-là, c'est facile de poser des questions autour et puis après, c'est ce que je disais tout à l'heure, quand je sens quelqu'un en souffrance, que ce soit un jeune ou une personne âgée, moi, je vais poser directement la question, en fait. Puis, après on voit. Ça m'est arrivé d'hospitaliser des personnes âgées que je trouvais réellement en souffrance, qui ne pouvaient pas rester chez eux parce que il y avait un risque suicidaire, ça m'est déjà arrivé.

– Donc, vous êtes à l'aise avec ça ?

– À l'aise ? Je pense qu'on n'ait jamais...

– Vous considérez que c'est un sujet tabou ? J'ai l'impression que vous ne

considérez pas ça comme tabou de discuter du suicide avec la personne âgée. Si vous la repérez en difficulté, vous allez lui en parler ?

– Oui, je les trouve... Je n'avais pas cette notion par rapport à l'âge à ce que vous disiez. Pour moi, je sens bien il y en a qui sont vulnérables par rapport à ça.

– Vous me dites : « je les fait hospitaliser ». Quelles ressources vous avez autour de vous, quels réseaux vous avez pour prendre en charge ces soucis-là? Vous faites appel à qui quand vous avez besoin ?

– Dans les EHPAD, maintenant, il y a de plus en plus de psychologues qui interviennent, donc ça, c'est quand même pratique parce que ça permet de les suivre de près. Il y a quand même l'équipe soignante qui est assez proche, qui peut aussi évaluer, au jour le jour, au niveau psychologique comment ils sont. Après, quand ils sont chez eux là, ça peut être plus compliqué parce que..., je ne connais pas de psychologue qui intervient à domicile, je ne pense pas qu'on ait ça, ici. Je n'ai pas entendu parler de psychologue qui intervenait à domicile. Soit, des psychologues libérales qui peuvent les recevoir, après, on a le centre médico psychologique et puis après, on a le service de, si on a vraiment besoin d'hospitalisation il y a un service de géronto-psy à C, au CHS (*hôpital psychiatrique*), qui les prend quand même rapidement, si c'est urgent.

– Vous, dans cette situation-là, est-ce que il y a eu des choses dont vous auriez eu besoin pour gérer différemment cette situation ?

– (Silence) Si j'avais repéré que ça n'allait pas, je pense que vraiment je me serais entouré de la psychologue et de l'équipe soignante. On aurait plus... C'est vrai qu'on l'aurait plus surveillé.

– Comment vous communiquer avec l'EHPAD, c'est à travers des cahiers, un logiciel, des réunions ?

– En parlant, en fait.

– Quand vous allez en visite, vous échangez sur...

– Oui, en fait, systématiquement, je vois les infirmières. Systématiquement, on en parle. C'est vrai, quand on sent quelqu'un en souffrance, on en parle tout de suite. C'est assez facile de communiquer. Leur logiciel est ultra compliqué, une galère, ultra lent. Moi, j'ai mon logiciel ici, mais je n'utilise pas le leur.

– Et puis, peut-être, que les logiciels changent aussi, en fonction des EHPAD, donc, c'est aussi un frein. Est-ce que vous voyez d'autres choses à ajouter sur ce sujet ?

– Non, pas spécialement. Non. J'aurais bien aimé avoir le retour de l'équipe soignante, du coup parce que on n'en a pas tellement reparler, en fait.

– Je pense que vous pouvez aller échanger avec eux

– de leur vécu, oui

– je pense que ça serait intéressant

– en tout cas, j'ai senti que ça avait été très difficile parce que ils n'ont rien vu venir. Le fait qu'il soit parti... Après, ils se sont dit qu'il y avait eu, quand même, des petits signes qu'ils n'ont pas forcément... De mémoire, ils ne m'en avaient pas parlé, j'ai pas souvenir qu'ils m'aient dit : « il n'est pas bien ». Je ne sais plus comment ça s'est passé à la fin.

– Merci.

Entretien 11

– Alors, pour commencer, est ce que vous pouvez vous présenter, parler un petit peu de vous, de votre métier, depuis quand vous le faites ?

– C O, j'étais diplômée en 2011, diplôme d'infirmière. J'ai travaillé un mois dans une autre structure EHPAD. Autrement, je travaille ici. Ça va faire trois ans en septembre.

– Donc, directement après l'école d'infirmières, vous êtes allée en EHPAD, en fait ?

– en EHPAD, oui.

– C'était un choix ?

– Oui, délibéré. J'aime bien travaillé en EHPAD, on connaît bien les résidents, on fait le suivi sur un bon terme. On connaît les équipes. Je préfère ces structures là que l'hôpital. Le suivi est complètement différent. On connaît plus nos résidents, leurs habitudes. On a plus de recul, en général, sur les dossiers, ce qui est plus facile pour nous. On est assez autonome, en général.

– Là, on va parler de la personne qui s'est suicidée dans votre établissement. Est-ce que vous pouvez me parler de cette personne-là ?... Me raconter, un petit peu, ce qui s'est passé ?

– Monsieur A, c'était quelqu'un avec une pathologie grave. Il était handicapé parce qu'il n'avait plus l'usage de ses jambes. Il ne sentait plus en dessous de la poitrine mais par contre, au niveau cognitif, c'était très bien. C'était quelqu'un de très intégré dans la vie de la maison de retraite, très jovial, très familier. Il nous connaissait toutes, même des détails sur notre vie parce qu'on échangeait beaucoup avec lui. Au

niveau des infirmières, on avait beaucoup de soins avec lui parce qu'on le sondait trois fois par jour. Donc, on avait sa toilette qu'on faisait, en partie, le matin. Donc, c'est un monsieur avec qui on passait facilement une demi-heure le matin et une demi-heure répartie dans le reste de la journée. Donc, quelqu'un à qui on était très attaché, qui échangeait beaucoup sur beaucoup de choses. On connaissait beaucoup de choses sur sa vie antérieure, qui avait son épouse dans la structure, qui voyageait beaucoup, qui connaissait beaucoup de résidents, qui livrait même les journaux à un moment malgré son fauteuil. Un personnage de la maison de retraite : il était au conseil d'administration, vraiment quelqu'un de très intégré, très présent, très vivant.

– D'accord. Donc, une nuit, ce monsieur s'est suicidé. Comment vous, vous avez appris ça ?

– J'étais de garde du coup. On est de garde du vendredi au lundi matin. Le vendredi soir, il était déjà pas très bien. Il avait un comportement un petit peu curieux mais que je n'ai pas du tout associé à ça, plus à un problème médical, le médecin de garde devait passer. Du coup, moi, je suis revenue le samedi matin plus tôt que prévu. On embauche à huit heures, moi, j'étais là à 7h15 parce que moi, je me souciais de lui et je pensais bien qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, pas du tout de cet ordre-là. Du coup, quand je suis arrivée, il y avait la cadre de santé présente et les équipes de nuits qui m'ont annoncé la nouvelle.

– Et quand vous dites : « je sentais », il n'était pas comme d'habitude ?

– C'est un monsieur que l'on écoutait. Quand il nous disait que quelque chose n'allait pas, on faisait vraiment très attention à son ressenti, plus même qu'à notre clinique. Il se plaignait d'une gêne, d'une gêne respiratoire, si je me souviens bien. C'est plus ça qui m'avait alerté, une saturation qui baissait un petit peu. Je l'avais mis sous oxygène le soir, sans m'alarmer. Je l'avais laissé prendre son repas. Je devais aller le sonder à 17h30, heure habituelle. J'ai décalé parce qu'il était avec sa cousine, très pris avec sa famille. On voyait que quelque chose n'allait pas. On l'a laissé prendre son temps. On l'a fait manger en chambre et je suis repassée à 19 heures, faire les soins beaucoup plus calmement où, voilà, il me disait qu'il ne se sentait pas bien, que quelque chose n'allait pas, il y avait quelque chose de respiratoire, mais il sentait... Voilà.

– Il avait l'air angoissé ?

– Un petit peu mais plus par son état de santé que par une détresse. Il ne m'a pas semblé en détresse. Par contre, c'est sa cousine qui m'a dit ça, qui est quelqu'un de très bien, qui l'a retenu, qui lui a dit au revoir et qui l'a retenu plus que d'habitude. Elle l'a ressenti un petit peu triste, besoin de présence. Du coup, j'ai prévenu le médecin de garde qui, au vu de ses pathologies, a pas réfléchi du tout, a dit : « je passe dans la soirée ». Donc, moi, je suis partie en laissant les dossiers médicaux sur la table pour qu'ils soient vus dans la soirée, et il a été vu dans la soirée par un

médecin de garde, avant son geste. Il l'a vu, je ne pourrais pas vous donner l'heure, mais il l'a vu entre 11 heures et minuit.

– Il n'y a pas de signes qui vous ont alerté quant à un potentiel geste suicidaire, vous n'aviez pas anticipé son geste ?

– Pas du tout, pas du tout du tout.

– À part son problème respiratoire...

– On le sentait beaucoup plus triste parce qu'il y avait eu beaucoup d'examens médicaux avant, il passait régulièrement des grands bilans. Il avait, aussi, une maladie assez rare donc, à chaque fois qu'il allait au CHU, il y avait beaucoup de monde autour de lui pour faire les examens, pour voir les comptes rendus. Il avait dû passer quelque chose le mercredi ou le lundi dans la semaine, donc, on le sentait un peu inquiet par rapport à tout ça, mais, sur son côté évolution de la maladie, pas du tout sur un ressenti de mise en jeu de sa vie ou d'être lassé de sa vie. On n'a jamais pensé ça, mais c'est vrai que j'étais inquiète, pour lui, ce soir-là.

– Quel retentissement ça a eu dans votre vie personnelle, le geste de ce monsieur ?

– J'avais un contexte particulier. Je m'étais mariée la semaine d'avant. Je sortais de mon petit nuage et puis c'était un monsieur qui était très attachant. J'étais enceinte, deuxième trimestre de grossesse. Ça a été un dur week-end, ça m'a marqué, je me rappelle de la date, je me souviens de ce monsieur-là, j'y pense très régulièrement. Après, j'ai été épargnée de toutes les images choquantes. La cadre m'a vraiment, voilà... Elle m'a dit : « tu ne rentres pas dans la chambre, vu ton état de grossesse, tu ne rentres pas dans la chambre ». Je ne l'ai pas vu du tout, je ne l'ai vu qu'une fois les soins faits et j'ai accueilli la famille. J'ai été beaucoup autour de tout ça, mais j'ai pas du tout été auprès de lui.

– Vous avez des problèmes de sommeil, ou des problèmes de... ?

– Non, ça m'a tracassé un petit peu après, mais...

– Et, dans votre choix professionnel, est-ce que ça a eu des répercussions, est-ce que ça a remis en cause votre choix professionnel ?

– Pas mon choix professionnel, mais ça a remis en cause mes capacités. Après, même en équipe, moi, beaucoup, je me suis demandée si j'aurais pu voir un signe, chercher un signe d'alerte, chercher quelque chose qui avait changé dans son comportement, un indice parce qu'il écrivait beaucoup de choses. C'est vrai, j'étais arrivée le vendredi, il m'avait félicité, on s'était fait la bise, il me demandait des nouvelles de la famille. Il avait un comportement normal, donc c'est vrai, on se demande toujours si on n'est pas passé à côté de quelque chose. J'ai pas beaucoup de bouteille, j'ai que trois ans de carrière, savoir si j'avais pas... Il y a toujours un peu

de culpabilité de savoir si on n'est vraiment pas passé à côté de quelque chose d'évident. Après coup, je pense que les choses étaient bien préparées, je pense qu'il avait bien planifié, je pense que le choix de son équipe n'était pas tout à fait innocent, non plus. Je pense qu'il nous a protégé, malgré son geste. Ça remet forcément en cause, au bout de trois ans de carrière. Je m'en souviendrai, certainement, pendant toute ma vie.

– Dans votre pratique, depuis, ça a eu un retentissement particulier ?

– Je fais plus attention à tous les..., on a beaucoup de gens qui disent vouloir mourir, qui parlent de suicide. On fait plus attention, je fais plus attention vraiment aux mots qui sont dits, à l'état de la personne, voir s'ils ont des idées noires, si vraiment il y a un gros changement de comportement. L'écoute est plus attentive et puis la crainte que le geste se répète, même si c'est un choix de la personne, crainte que le geste se répète à nouveau, parce que c'est pas facile.

– Pour vous, ça peut être un choix de fin de vie ?

– Oui, je pense qu'il a fait un choix délibéré, tout à fait conscient. Je pense que vu son handicap, il n'a pas eu d'autre choix que de faire ce geste très dur, dans le moyen. Je pense que dans la façon de le faire, il n'a pas eu d'autre choix. Je pense que c'est quelqu'un qui s'est infligé une douleur insupportable. J'ose imaginer son vécu. En plus, le thanato nous a dit qu'il était marqué par la souffrance. Le thanatopracteur nous a dit qu'il était marqué par la souffrance, qu'il avait une position de décédé qu'il avait forcément souffert. Après, on a interrogé les gens autour de lui, dans les chambres à côté, savoir si les gens avaient entendu des hurlements ou autres. Je pense qu'il a vraiment pris sur lui, qu'il a vraiment calculé au niveau des tours. Il connaissait les heures de passage des aides-soignantes de nuit. Je pense qu'il a fait son choix et qu'il a assumé jusqu'au bout. Heureusement, pour lui, ça s'est soldé comme ça si c'était son choix. Mais oui, je pense que c'est un choix de fin de vie.

– Vous en avez parlé, après, entre collègues ?

– Très peu, pas assez. On en a beaucoup parlé, les personnes qui étaient autour.

– Il y a eu des débriefings ?

– Non.

– De temps en temps, même si c'est pas officiel autour d'une réunion, vous n'en avez pas reparlé avec vos collègues ?

– Un petit peu avec les filles qui étaient là, la nuit, beaucoup. Avec les deux aides-soignantes qui étaient présentes de nuit, on en a reparlé à la date d'anniversaire, je travaillais encore ce week-end-là cette année, ma collègue aussi, elle travaillait aussi ce week-end-là. Forcément, ce week-end-là, on se souvenait de la date, on en

reparlait un petit peu, on en a beaucoup reparlé, plus pour savoir si au niveau médical ils avaient remonté des informations médicales, un diagnostic qui aurait été posé, chercher un déclencheur. On ne l'a jamais eu, là-dessus, ça a un peu discuté, les quelques jours qui suivaient et même avec la famille, savoir s'il il y avait eu des écrits, s'il n'avait pas envoyé une lettre. Mais, très vite, au bout de quelques semaines, c'est devenu un sujet tabou.

– Parce que ça faisait remonter des souvenirs négatifs ?

– Parce que le quotidien de la maison de retraite reprend son cours et on n'a pas eu l'occasion d'en reparler tellement.

– Vous en parler aux personnes âgées, du suicide ?

– Non. Les gens qui l'abordent de manière assez frontale, on leur en parle. On a un monsieur qui en parle de manière régulière, qui évoque plein de choses, un possible passage à l'acte, sa religion l'en n'empêche, donc on essaie d'aller voir un peu s'il a un scénario, on essaie de désamorcer un peu, si on y arrive et surtout de savoir ce qu'il a dans la tête. Autrement, c'est pas un sujet qu'on aborde avec les gens.

– Pourquoi ?

– Soit parce que ça ne vient pas sur le moment. Beaucoup de gens nous réclame le bouillon de minuit, on leur dit qu'on ne peut pas. Il nous demande une injection et c'est fini, un médicament et c'est fini. C'est régulier, mais dans le quotidien, on a des personnes qui nous demandent tous les jours. « Ça peut s'arrêter. C'est pas grave. » « Si vous pouvez faire quelque chose, faites le ». C'est pas des demandes insistantes, c'est dit rapidement. On connaît ces gens-là, on fait attention s'il y a des gros changements de comportement. Quelqu'un qui va pas vraiment bien, qui va rester en chambre pour des raisons de maladie ou autre, quand on sait que le moral peut baisser, on est plus vigilant, on essaie de discuter d'autre chose, de les amener sur d'autres sujets, de savoir comment ils se sentent, mais aborder vraiment le sujet du suicide : non, c'est rare.

– Qu'est-ce que vous pensez de votre formation sur ce sujet-là, sur le suicide de la personne âgée ?

– Elle est quasiment inexistante. Parce que je me souviens de l'école, à part nous dire que c'était possible, et qu'effectivement le fait d'être en maison de retraite pouvait être un facteur de risque, si on peut appeler ça comme ça, mais on a jamais eu de cours là-dessus. On apprend le suicide en psychiatrie. Dans nos modules de psychiatrie on nous explique le suicide avec toute la pyramide du fait que les gens n'aient plus d'autre choix, qu'ils sont en absence de ressources, que les scénarios sont très construits, un petit peu le mécanisme, mais à part ça...

– Qu'est-ce que vous pensez des outils de repérage que vous pouvez avoir à votre disposition, si vous avez des échelles, des outils ?

– On n'a pas grand-chose, on a rien même. C'est plus en général un ressenti, des dires de la personne, sur plusieurs personnes de l'équipe. On en parle en général en équipe. Quand on est inquiet, on en parle aux médecins traitants qui eux, en général, vont plus souvent aller frontalement dans le sujet.

– Tout à l'heure, vous disiez que le lendemain vous étiez plus dans la gestion autour de la famille, c'est ça ?

– On a appris ça le dimanche matin. Il y a eu tout un moment de flottement pour apprendre à toutes les équipes qui arrivaient. On arrive en décalé le week-end. Donc, moi, j'étais là à 7h15. Les équipes de 7h30, huit heures, dire aux gens que ce monsieur-là était décédé. C'était pas une personne banale dans la maison de retraite, un peu annoncer à tout le monde. Le midi, sachant que c'est une personne qui, quand elle n'était pas là, ça se voyait, on a décidé d'annoncer à toutes les personnes du restaurant qu'il était décédé, qu'il avait mis fin à ses jours, sans jamais donner le mode opératoire parce que ça ne concernait personne. Donc, il y a eu tout un accompagnement autour des gens, leur expliquer que c'était son choix, qu'il avait fait son choix de telle manière, qu'on n'avait pas d'explication, qu'on ne pouvait dire plus. L'après-midi, la famille est arrivée. C'est pareil, il a fallu leur expliquer. On a essayé, aussi, de joindre toutes les personnes autour de lui parce qu'il ne lui restait que sa belle-fille, son petit-fils. Il y a aussi une cousine avec qui il avait été élevé, des liens un peu différents, qu'on a eu du mal à joindre, qui n'est arrivée qu'à 18 heures, le soir et qui n'avait pas compris son geste, qui avait entendu qu'il était décédé même pas qu'il avait mis fin à ses jours et le lendemain, ça a été pareil, il a fallu annoncer à toutes les équipes, doucement, on a dû annoncer à tout le monde le suicide.

– Comment ça s'est passé avec la famille ?

– Elle était bouleversée. Sa belle-fille est mal voyante. D'abord on les a emmenés auprès de lui parce qu'on l'avait changé de chambre pour qu'on puisse nettoyer la chambre. C'est la cadre et une autre, une aide-soignante du matin qui a nettoyé la chambre parce qu'il y avait, quand même, beaucoup de sang. Il fallait essayer de cacher, nettoyer mais aussi épargner, le plus possible, la famille, les autres personnes qui rentraient. Donc, elles ont fait le ménage. On est retourné en début d'après-midi dans la chambre pour être sûr qu'il ne restait rien, on a fini un petit peu, au niveau du lit, on voyait encore beaucoup de choses. Avec la famille, on a cherché ses écrits qu'il écrivait tous les jours ce monsieur-là, qui s'occupait de lui, quel événement particulier : changement de traitement. Tout ce qui se passait dans sa vie quasiment, il le marquait dans le carnet. Avec sa famille et sa belle-fille étant mal voyante, on a regardé s'il n'y avait pas un écrit quelque part qui expliquait son geste et après, voilà, la famille lui a pardonné son geste. Après, ils ont fait un deuil assez classique, je pense, surpris de cette façon-là. Ils ont été voir sa femme qui était encore au CANTOU mais qui n'a pas du tout compris.

– Comment ça s'est passé avec vous, avec l'équipe soignante ?

– C'est une famille qu'on connaissait bien, on les a aidés. Ils nous ont beaucoup questionnés sur la même chose qu'on se posait comme question, si on avait vu des signes préliminaires, si il avait laissé quelque chose : un écrit, si il avait dit quelque chose de particulier. Il tenait énormément à son petit-fils et quelques semaines avant, il avait réglé beaucoup de problèmes de l'ordre de succession, pour sa sépulture aussi, pour celle de son épouse, des problèmes de terrain, de vente de maisons, de location de maisons. Il avait réglé beaucoup de choses. C'est vrai, qu'on s'est dit, avec le recul qu'il préparait quelque chose, mais ça c'est beaucoup de... On essaie de faire des scénarios, mais non, voilà. La famille, une fois qu'elle a fait un peu le tour de ce qui aurait pu les aider pour expliquer le geste, ils l'ont enterré 2,3 jours plus tard. On ne les a pas beaucoup revus après, juste pour la sépulture de l'épouse de Monsieur A, mais, ils ne nous ont jamais rien reproché, non, ça s'est très bien passé. Il n'y a pas eu du tout de ressentiment de la famille, de reproches.

– Quel soutien, quelles ressources vous avez autour de vous pour gérer des situations comme ça ?

– Au niveau du travail, c'est vrai que les équipes se sont un petit peu soudé après ça. Donc, on a bien vu qu'au point de vue travail infirmier, travail aide-soignant, on a essayé de s'entraider au maximum. C'était une période dure en charge de travail. Les équipes se soutenaient pas mal, ça a beaucoup aidé. Moi, au point de vue personnel, j'étais en vacances fin août donc ça permet de faire une bonne coupure, de relativiser tous les autres cas qu'on a eu en même temps qui étaient très compliqués aussi. Et puis, j'étais en arrêt maternité après. Donc, la coupure a fait du bien, était nécessaire parce qu'il y a eu cet événement là mais on a eu beaucoup de choses autour, c'était une période qui était dure en soins, dure en famille, avec des cas compliqués de fin de vie, de mort longue. L'équipe a été très solidaire pendant toute la période après, au niveau des soins des autres résidents, au niveau temps de parole informelle, les transmissions. On a bien senti que les équipes s'étaient ressoudées autour de tout ça. Après, il y a un autre Monsieur qui est rentré dans la chambre, assez rapidement, dans la semaine qui a suivi, qui était quelqu'un de très dynamique, comme quoi les chambres, on dirait qu'elles retentissent sur les résidents, quelqu'un de très dynamique, de très gentille avec les équipes, qui s'est approprié les lieux, qui s'est approprié les équipes de manière très gentil, très présent. Il nous connaissait toutes, ça aussi, ça relance la machine. En fait, aussi, après le deuil de cette personne-là, on repart sur autre chose.

– Est-ce que vous, il y a des choses dont vous auriez besoin pour gérer cette situation différemment, de quoi vous auriez besoin ?

– Sur le moment même, je pense que c'est beaucoup la cadre qui a géré les choses. On a suivi beaucoup les consignes. On a beaucoup été présent pour les résidents et les familles. Au niveau institutionnel, il aurait fallu, déjà, qu'on ait des réunions, pour moi, d'équipe, d'équipes présentes ce jour-là pour qu'on puisse parler assez librement de ce qui s'était passé, de ce que l'on ressentait, pas forcément. On a eu

une proposition d'aide psychologique de manière individuelle, moi, je n'en ai pas ressenti le besoin mais pouvoir en parler avec les équipes sur des vrais temps existants, voilà, qu'on reconnaisse vraiment que ça s'est passé, que des équipes ont été marquées, que certaines choses n'auraient pas dû se passer comme ça parce que, les filles de nuit qui ont assisté à ça, ont dut finir leur poste, il n'y a pas eu de relève derrière, il n'y a pas eu d'aide et même sur le week-end, il n'y a pas eu d'aide plus que d'habitude alors que c'est des équipes qui sont marquées par cet événement. Et puis un temps de parole, présent sur le temps de travail, sans que ce soit formel après les transmissions sur notre vrai temps de travail, ç'aurait été bien.

– Est-ce que vous avez des besoins de formation ?

– Je pense qu'après il aurait fallu mettre au point, qu'on a toujours pas, déjà, des protocoles en cas de récurrence, parce que c'est vrai qu'en cas de suicide, on sait bien sûr le côté médical : il faut appeler le 15, il faut appeler les gendarmes, il faut... Toutes ces choses-là, on les connaît, mais un protocole qui nous dise : « voilà... vous avez des ressources pour appeler telle ou telle personne, appeler des remplaçants, appeler telle personne responsable de l'administration pour qu'elle vienne, aussi, gérer, encadrer tout ce qu'il y a à faire » et puis, peut-être une formation pour avoir plus d'échelles d'évaluation, de formation sur les signes annonciateurs.

– Et vous préféreriez une formation présentielle, avec quelqu'un qui vous fait un cours ou alors une petite feuille avec un protocole, comment vous envisagez ça ?

– Un cours avec quelqu'un, une formation avec quelqu'un, avec des situations un petit peu clinique, avec aussi des personnes qui partagent leurs expériences. Moi, ça me parlerait plus qu'une feuille de papier parce que, j'avais ressorti mes cours, mais bon ça reste très théorique. Je suis allée voir, du coup, pour voir si on n'était pas passé à côté de quelque chose, revoir un petit peu tous les signes qui peuvent être annonciateurs : les changements de comportement et autres.

– Est-ce que vous voyez d'autres choses à ajouter sur ce sujet dont vous avez envie de parler ?

– Non, non. C'est vrai, c'est pas des sujets faciles mais une fois que c'est passé, on y repense beaucoup. C'est marquant dans une carrière. Moi, j'ai été très épargnée parce que, j'étais là, d'accord, mais je pense que ce qui m'aurait le plus marqué encore, c'est de le voir. De par les images, je pense, étaient choquantes, mais en plus, parce que c'est quelqu'un auquel on tenait énormément. Beaucoup de résidents qu'on perd, on est forcément touché, mais ce monsieur-là particulièrement. Je suis contente qu'on m'est épargnée vu ma situation, vu tout ça, ça m'a protégé, heureusement car je pense que ça m'aurait plus marqué. Moi, j'y pense régulièrement : quand on va au travail, quand on quitte les gens le soir, le week-end, quand on les sent pas bien, on y pense souvent.

– Ça a modifié votre regard sur la fin de vie ou pas ?

– Oui, sur le débat actuel, oui. Le fait de pouvoir partir, de choisir son moment sans attendre sa vraie fin de vie palliative ou tout est désespéré. Ce monsieur-là, s'il avait pu bénéficier d'une fin de vie quand il voulait, ça lui aurait évité ce geste ou là, il a clairement pas eu une fin de vie confortable même si ça a duré que quelques minutes, j'espère pas en heures, je ne sais pas combien de temps ça a pu durer, mais je pense qu'il a vécu quelque chose d'effroyable, qui lui a demandé beaucoup de sang-froid, beaucoup de retenue, qui lui a demandé de faire attention à toutes les équipes autour parce que c'étaient deux personnes titulaires ce soir-là, ce qui n'arrive jamais. Elles étaient, par hasard, en équipe ce jour-là toutes les deux et je pense que s'il y avait eu deux jeunes filles ou des équipes moins solides, je ne sais pas s'il aurait fait le même geste. Il était assez protecteur, est-ce qu'il n'a pas considéré qu'elles s'en remettraient, elles avaient l'expérience pour gérer le problème. Je pense que s'il avait eu accès à autre chose, ce monsieur-là, je pense qu'il aurait opté pour autre chose.

– Je vous remercie. Je vais couper. Ça modifie le regard quand même.

– Ah oui, oui. C'est brutal. Particulièrement ce monsieur-là. On a des grands psy, on a des grands vieux psy dans la maison. Un monsieur qui a essayé de sauter par la fenêtre, qui s'est loupé, ce serait différent même s'il y arrivait, ce serait différent. C'est quelqu'un de très bien, qui discutait de beaucoup de choses, qui était très informé, qui connaissait notre vie privée, il savait que je me mariais, sa belle-fille savait que je m'étais mariée la semaine d'avant. Donc, il parlait beaucoup des gens autour, c'était des relations assez proches. Ce monsieur-là, particulièrement, ça a marqué la maison de retraite. Et puis, sur quelqu'un d'aussi bien, de manière cognitive, moi, c'est mon point de vue, on se demande pourquoi on n'a pas pu lui donner un choix différent. Vu le débat actuel, on n'est pas les seuls à se poser la question, que quelqu'un arrive à un geste aussi effroyable parce qu'il a dû souffrir, je ne sais pas comment il a fait ça, ni combien de temps ça a pu durer. Il a dû se vider de son sang assez pour en mourir. Il a dû d'abord faire le geste, après, se regarder partir, se sentir partir tout en restant silencieux. Je trouve que c'est un geste assez effroyable, en plus surtout pour quelqu'un qui au niveau cognitif était très, très bien et qui savait ce qui allait se passer derrière, en plus. Il laissait sa famille, il laissait son épouse. C'est pour ça, on a toujours cherché s'il ne s'était pas passé quelque chose au CHU, une annonce, quelqu'un qui parle trop vite dans un couloir, sans faire attention à lui.

– Une annonce qui a été faite trop brutalement par rapport à sa maladie, vous voulez dire ?

– Même sans parler d'annonce, une conversation qu'il aurait entendu, parce que c'est vrai, il y a beaucoup de gens à côté d'une personne âgée qui vont parler comme s'il n'entendait rien alors que ce monsieur entendait, comprenait très, très bien et même en disant d'une manière crue, il aurait compris si quelqu'un dit : « il est

foutu, ça ne va pas durer longtemps », quelque chose de ce genre-là. On s'est toujours demandé s'il n'avait pas entendu quelque chose.

– Merci.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

ROBINET Stéphanie, épouse CORDELLIER

Titre de Thèse : Suicide en EHPAD : identification des difficultés des soignants, depuis une étude qualitative réalisée à partir de onze entretiens semi-dirigés, autour de deux cas de personnes suicidées en EHPAD.

Introduction : Le suicide est la troisième cause de mortalité chez la personne âgée. C'est un enjeu de santé publique. En EHPAD, les soignants sont les premiers intervenants à pouvoir repérer les facteurs de risques suicidaires. Lorsqu'il survient en EHPAD, le suicide est un évènement traumatisant dans la vie de l'établissement et des soignants. Le vécu de cet évènement par le soignant et l'identification des difficultés rencontrées sont des éléments importants à analyser afin d'améliorer la prise en charge du suicide en EHPAD. Matériel et méthodes : Une étude qualitative a été réalisée à partir de onze entretiens semi-dirigés, depuis deux cas de suicide en EHPAD. Les différents rôles soignants ont été interviewés. Une analyse thématique a ensuite été réalisée. Résultats : Les émotions décrites sont toutes très négatives. La culpabilité et le choc sont très envahissants pour les soignants. Un retentissement sur la vie personnelle est décrit. Au niveau professionnel, il s'agit d'un évènement marquant dans la carrière du soignant, pouvant entraîner une remise en question de ses compétences. Cet évènement amène certains soignants à une réflexion sur la fin de vie et l'euthanasie. Le partage du vécu par un temps d'échanges interprofessionnels est un élément déterminant dans le vécu de cette situation. Un besoin en formation est également évoqué. Des difficultés de communication avec les structures de soins extérieures sont aussi décrites. Conclusion : Les soignants les mieux formés sont les moins présents et donc les moins aptes à repérer les signes d'alerte. Un débriefing est indispensable dans l'amélioration du vécu de cet évènement. Un besoin de débriefing à distance a été mis en avant par les soignants. Le suicide de la personne âgée en EHPAD a une résonance particulière pour certains soignants qui lui oppose le choix d'une fin de vie plus apaisée. Des difficultés de communication avec les structures extra-institutionnelles sont mises en évidence. Ces deux dernières remarques pourraient faire l'objet de travaux complémentaires.

Mots Clés :

Personne âgée, EHPAD, suicide, soignant, vécu, débriefing, formation.