

# Le suicide de la personne âgée : un risque lié à l'âge ?

*Suicide in elderly: is aging a risk factor?*

S. Richard-Devantoy\*

Le constat dramatique de l'ampleur du phénomène suicidaire chez les sujets âgés interpelle peu les psychiatres et encore moins la société ! Pourquoi ? La représentation collective de la vieillesse est aussi celle que décrit Freud dans sa correspondance avec Lou Andreas-Salomé. Remerciant Lou de ses vœux pour ses 71 ans, Freud s'émerveille qu'ils puissent, elle et son mari, "se réjouir encore du soleil". "Chez moi, écrit Freud, en revanche, s'est installée la maussaderie de la vieillesse, le désenchantement comparable à la plénitude d'un engourdissement lunaire, le froid intérieur. (1)" La vision de la dépression emprunte ici la figure du vieillard, et la vieillesse se confond à son tour avec la figure de la dépression et du désespoir. L'identification à Saturne, figuré en peinture par un vieillard, fait écho au personnage antique froid, sec, sombre et mélancolique.

Ces attitudes communautaires négatives vis-à-vis des personnes âgées tendent à banaliser la dimension dépressive du sujet âgé, comme si l'affect ordinaire ou le style affectif convenu du sujet âgé était intrinsèquement mélancolique. Cette vision de la vieillesse tend à légitimer le phénomène suicidaire du sujet âgé. "C'était la meilleure solution", "après tout, je comprends son geste", "il faut bien mourir un jour", "il avait le droit", "c'était son choix", etc. ponctuent rétrospectivement l'écho de suicides de sujets âgés. La vieillesse n'est pourtant pas condamnée à la tristesse, ni au suicide... Encore faut-il connaître les spécificités épidémiologiques, cliniques et physiopathologiques de cet âge de la vie.

## Spécificités

### Spécificités épidémiologiques

La France est le troisième des pays européens les plus touchés par le suicide, comptant plus de

10 000 décès enregistrés chaque année. Le suicide des personnes de plus de 65 ans représente 28 % de cet ensemble (plus de 3 000 décès). La sous-estimation de cette cause de décès serait plus importante aux âges avancés de la vie : elle n'y est plus en effet évaluée qu'à 14 % environ. Les taux de décès chez les hommes et les femmes de plus de 65 ans sont respectivement de 72 et de 14 sur 100 000 habitants, alors qu'ils sont de 23 sur 100 000 habitants chez les hommes et de 8 sur 100 000 habitants chez les femmes de moins de 65 ans (2). Une diminution globale du phénomène suicidaire s'est toutefois esquissée en France depuis 20 ans, une réduction de 20 % des taux de décès par suicide ayant été constatée, en particulier chez les plus de 74 ans.

L'évolution épidémiologique optimiste de ces dernières années ne doit pas occulter l'augmentation des conduites suicidaires avec l'avancée en âge. Le ratio idées de suicide/suicide est extrêmement bas, ainsi que le ratio tentative de suicide/décès par suicide (3). Les tentatives de suicide exposent les sujets âgés à un risque plus élevé de décès (ratio de 4 suicidants pour un suicidé) que ceux de classes d'âge plus jeunes (ratio de 200 suicidants pour 1 suicidé chez les moins de 25 ans, et de 20 suicidants pour 1 suicidé chez les sujets de 25 à 64 ans). L'intentionnalité suicidaire est souvent plus élevée, les moyens choisis sont plus radicaux et la fragilité organique sous-jacente plus grande. Quelles peuvent être les raisons de cette surmortalité liée à l'âge ?

### Spécificités cliniques

#### ◆ Clinique suicidologique classique

La clinique suicidologique classique repose sur la reconnaissance des facteurs de risque de conduites suicidaires (tentative de suicide et suicide). Les



\* Département de psychiatrie et de psychologie médicale, centre hospitalier universitaire d'Angers ; laboratoire Processus de pensée et interventions (Pr D. Le Gall), EA 2646, Angers.

# Mots-clés

Suicide  
Âge  
Fonctions cognitives  
Syndrome dysexécutif  
Prévention

## Résumé

Le suicide est un enjeu de santé publique, avec plus de 10 000 décès enregistrés chaque année en France, dont 28 % sont ceux de personnes âgées de plus de 65 ans. Les raisons de cette surmortalité liée à l'âge sont encore mal comprises. Il n'est pas exclu qu'elles puissent être pour partie la conséquence de modifications propres au vieillissement, en particulier des performances cognitives. Les fonctions exécutives sont parmi les fonctions cognitives les plus sensibles au vieillissement. Elles sont également sensibles à l'état thymique du sujet, et elles participent et modulent l'expression symptomatique de la dépression de la personne âgée. L'interaction entre vieillissement, dépression et dysfonctionnement cognitif et exécutif vient-elle favoriser l'émergence d'idéations suicidaires et, a fortiori, le passage à l'acte autoagressif ?

### Summary

*Suicide is a public health issue with over 10,000 deaths each year in France, of which 28% are people over 65. The reasons of this excess mortality associated with age are poorly understood. It is possible that they may be in part a consequence of specific changes in aging, particularly in cognitive performances. Executive functions are heavily dependent on the frontostriatal circuitry and may serve as an indicator of the degree of frontostriatal compromise. Besides, age-related executive decline is highly prevalent and well-identified in frontostriatal circuitry in older adult. Therefore, both depression and age may act to impair cognitive functions in elderly suicidal depressed patients. Specific interventions may be developed to target cognitive impairment in the prevention of late-life suicide, as it has been shown for late-life depression.*

### Keywords

Suicide  
Elderly  
Cognitive disorders  
Executive functions  
Prevention

plus reconnus chez la personne âgée sont le sexe masculin (4), un âge supérieur à 75 ans (3), la maladie somatique, notamment source de handicap ou de douleurs (4) et l'isolement social ou affectif (3). Par exemple, le veuvage expose les hommes à 3 fois plus de risque de décès par suicide (5).

D'autres facteurs, moins bien documentés, semblent associés au risque suicidaire chez le sujet âgé : les changements d'environnement, comme l'entrée en maison de retraite ou une admission à l'hôpital, les conflits interpersonnels et familiaux (5) et les troubles de la personnalité : traits de personnalité qui inhibent l'ouverture aux expériences nouvelles, sentiments de désespoir et de solitude, anxiété et traits obsessionnels, réticence à exprimer ses émotions aux autres et faible capacité de recherche d'aide (3).

À ces facteurs de risque spécifiques, s'ajoutent les antécédents de tentative de suicide (3, 4, 6), même s'ils sont moins fréquents chez le sujet âgé, et les troubles psychiatriques, qui constituent aussi des facteurs de risque classiques. Les suicidés ou suicidants âgés présentent le plus souvent une dépression (3, 6) et, plus rarement, un abus d'alcool et une dépendance à l'alcool (3).

#### ◆ Clinique suicidologique nouvelle

Très récemment, plusieurs auteurs ont également suggéré qu'un dysfonctionnement cognitif global pourrait participer à la genèse des conduites suicidaires chez la personne âgée. Un dysfonctionnement cognitif, évalué par le *Mini Mental State Examination* (MMSE), était associé à un bas niveau de planification du geste suicidaire et à un risque de passage à l'acte suicidaire impulsif (7). Les liens entre les conduites suicidaires et la démence, entité paradigmatique du dysfonctionnement cognitif global et de la perte d'autonomie de l'individu, semblent complexes et mal élucidés (8, 9). Le diagnostic de démence semble, selon certains auteurs, favoriser le risque de passage à l'acte autolytique (8-10), surtout au début de la maladie démentielle, dans les 6 mois suivant le diagnostic, et plus fréquemment dans le cas d'une démence frontotemporale que dans celui d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence vasculaire (8). Le passage à l'acte suicidaire apparaîtrait en présence de difficultés dans

la vie quotidienne alors même que l'insight serait préservé et en présence d'une symptomatologie dépressive associée, d'un désespoir et de signes psychotiques (9).

#### ◆ Clinique suicidologique spécifique de l'âge avancé

Il n'est pas exclu que les raisons de cette surmortalité par suicide liée à l'âge puissent être pour partie la conséquence de modifications propres au vieillissement, en particulier des performances cognitives. Les fonctions exécutives sont parmi les fonctions cognitives les plus sensibles au vieillissement. Elles sont également sensibles à l'état thymique du sujet. Elles participent et modulent l'expression symptomatique de la dépression de la personne âgée. Comment l'interaction entre vieillissement, dépression et dysfonctionnement cognitif et exécutif vient-elle favoriser l'émergence d'une crise suicidaire et, a fortiori, un passage à l'acte suicidaire ?

#### La crise suicidaire

Les conduites suicidaires surviennent majoritairement au cours d'une crise suicidaire (5, 11), qui correspond à une tentative de réduction des tensions internes. Le processus suicidaire s'établit en plusieurs étapes successives au cours desquelles le sujet est envahi, progressivement puis totalement, d'idéations suicidaires, définies par l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif (11). Le sujet se sent dans une impasse et est confronté à des idées suicidaires de plus en plus envahissantes ; le suicide apparaît alors de plus en plus à cette personne comme la seule solution (5, 11), comme celle s'imposant à elle qui cherche à trouver une issue à cet état de crise (5). Cette crise psychique s'inscrit chez le sujet âgé dans un contexte psychopathologique dépressif qui est un puissant accélérateur d'accès aux idées de suicide. L'impact de la dépression est encore plus important après 65 ans car elle est sous-diagnostiquée et souvent non ou insuffisamment traitée (3). Une des raisons de cette difficulté diagnostique repose sur la présence au premier plan d'altérations cognitives, d'altérations des comportements moteurs, de troubles des capacités visuospatiales et des fonctions mnésiques ou exécutives.

### Effet combiné de l'âge et de la dépression sur les fonctions exécutives

Les dysfonctionnements exécutifs participent pour une part à la dépression du sujet âgé, que celle-ci soit apparue précocement ou tardivement (c'est-à-dire avant ou après 65 ans) dans la vie du sujet et ils en modulent le cours. L'atteinte des fonctions exécutives est plus importante chez les personnes les plus sévèrement déprimées et serait plus fréquente chez celles qui développent un premier épisode dépressif après 65 ans (dépression à début tardif).

Les fonctions exécutives sont aussi parmi les performances cognitives les plus sensibles au vieillissement (12). Cette modification liée au vieillissement concernerait notamment les fonctions de mise à jour (modification du contenu de la mémoire de travail en fonction de nouvelles entrées), de flexibilité cognitive (c'est-à-dire la capacité de changer de registre mental) et d'inhibition cognitive (permettant d'éviter les informations non pertinentes d'entrée en mémoire de travail et de réduire l'activation de stimuli non pertinents par rapport à la tâche en cours). Ces 3 aspects des fonctions exécutives (13) sont relativement circonscrits, définis de façon opérationnelle et impliqués dans des tâches de plus haut niveau cognitif, comme la planification, la résolution de problèmes, etc., l'inhibition étant au cœur des processus de contrôle de l'activité cognitive (14).

### Inhibition cognitive, dépression et conduites suicidaires chez la personne âgée

Les difficultés cognitives et exécutives peuvent se révéler abyssales pour le sujet et créer les conditions propices à l'un des avatars du vieillissement dépassé, la conduite suicidaire. L'inhibition cognitive, telle qu'évaluée par des tâches attentionnelles (test de Stroop, *Trail Making Test*, *Wisconsin Card Sorting Test*), a été en effet retrouvée comme plus significativement altérée chez des sujets déprimés âgés suicidants que chez des sujets déprimés âgés sans conduites suicidaires (15, 16). Les dysfonctionnements de l'inhibition cognitive chez des suicidants ou suicidaires âgés reflètent un moins bon fonctionnement des capacités du système de régulation cognitive et une altération des régions dorsomédianes et dorsolatérales du cortex préfrontal dans leurs capacités à inhiber l'intrusion d'affects négatifs et d'idéations suicidaires (17). Ces systèmes conscients de régulation sous-tendent la douleur psychologique, les ruminations, et les idées et actes suicidaires (18). L'implication, chez le sujet jeune aux conduites suicidaires, d'un déficit des systèmes de valuation sous-tendant le déclenchement et le maintien de la

crise suicidaire serait associée au cortex orbitofrontal et à l'amygdale qui gère les émotions et les affects négatifs (18). En d'autres termes, le passage à l'acte peut être considéré comme la conséquence d'une impasse cognitive dont témoignent d'une part la difficulté à exclure plusieurs stimuli cognitifs à la fois, d'autre part l'incapacité à inhiber l'augmentation des idées suicidaires intrusives et la production d'affects négatifs. L'émotif prend alors le pas sur le cognitif. Les conduites suicidaires ne sont donc pas la simple complication d'une crise psychosociale. Elles résultent d'une rupture dans l'équilibre entre des facteurs de vulnérabilité suicidaire et des facteurs bio-psycho-sociaux (19). La vulnérabilité suicidaire interroge principalement les antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires et les traits de personnalité marqués par l'impulsivité, l'agressivité, la colère et le pessimisme. Les personnes présentant une vulnérabilité suicidaire ont une tendance au pessimisme plus marqué que les sujets sans vulnérabilité suicidaire, c'est-à-dire que le désespoir et la propension aux idées de suicide apparaîtront rapidement chez eux en réponse à l'adversité sociale ou à la maladie. Le désespoir est associé à la rigidité cognitive c'est-à-dire à la difficulté à envisager des alternatives non suicidaires face aux stress interne et externe.

Les facteurs bio-psycho-sociaux dépendent de l'existence de stress, externe, d'origine environnementale, et interne, d'origine psychopathologique. L'environnement de vie et les crises psychosociales liées au vécu de perte ou anticipant un avenir problématique constituent un stress externe. Le stress interne résulte lui-même de la conjonction d'une psychopathologie aiguë, d'une éventuelle intoxication de substances désinhibitrices et, chez le sujet âgé, d'un terrain somatique et d'un déclin cognitif et exécutif pathologique. Le comportement suicidaire pourrait aussi, sous un éclairage neurocognitif, venir témoigner de la faillite de certains mécanismes cognitifs de résolution de problèmes et d'un déficit des fonctions exécutives concomitant d'un vieillissement cérébral pathologique. Sans "biologiser" ni "cortex-tualiser" la problématique du suicide du sujet âgé, la dimension cognitive éclaire et complexifie la compréhension de la genèse d'un acte situé aux confins du libre arbitre ou d'une psychopathologie singulière.

### Intérêt clinique et thérapeutique

La clinique suicidologique repose en partie sur l'évaluation du potentiel suicidaire du sujet âgé suicidant ou suicidaire : elle commande prioritaire-

Tableau. Évaluation du potentiel suicidaire de la personne âgée.

- **Facteurs de risque**
  - Âge > 75 ans chez l'homme ; < 70 ans chez la femme
  - Sexe masculin
  - Isolement social (absence de support social) et affectif (veuvage, célibat) ; difficultés financières ; changements d'environnement (comme l'entrée en maison de retraite)
  - Antécédents de tentative de suicide personnels
  - Antécédents familiaux de tentative de suicide ou de suicide
  - Antécédent de maladie somatique source de handicap ou de douleurs
  - Trouble psychiatrique
    - Trouble de l'humeur
    - Abus ou dépendance à l'alcool
    - Trouble de la personnalité (personnalité antisociale, émotionnellement labile, histrionique, anxieuse)
- **Urgence**
  - Intensité et fréquence des idées suicidaires
  - Où, quand et comment le sujet envisage-t-il de se suicider ?
  - État thymique du sujet
  - État cognitif et exécutif du sujet
- **Dangerosité**
  - Accessibilité du moyen envisagé
  - Létalité de ce moyen

ment un temps d'évaluation clinique, psychologique et contextuelle approfondie et oriente la prise en charge hospitalière ou ambulatoire. Dans le cadre de l'urgence, l'évaluation du potentiel suicidaire est plurielle (5, 11). Elle doit nécessairement prendre en compte les facteurs de risque prédisposant au passage à l'acte, les facteurs d'urgence témoins de l'imminence du geste (intensité, fréquence, et temporalité, spatialité et modalité du scénario suicidaire), l'état thymique et cognitif du sujet et, enfin, des facteurs de dangerosité comme l'accessibilité et la létalité du moyen envisagé (tableau).

Sur le plan thérapeutique, l'évaluation des fonctions exécutives pourrait permettre d'adapter et de potentialiser les stratégies thérapeutiques. Des éléments pronostiques de mauvaise réponse thérapeutique au traitement antidépresseur sont notamment des altérations des fonctions exécutives chez des sujets âgés déprimés et, plus particulièrement, des altérations au test de Stroop dans les dépressions tardives, à 8 semaines et 1 mois en cas de traitement antidépresseur sérotoninergique. Repérer les anomalies exécutives permettrait non seulement de déterminer quels sont les sujets à risque suicidaire mais aussi de potentialiser le traitement antidépresseur et de diminuer l'intensité des idées suicidaires, diminution favorisée par l'amélioration de l'état thymique du sujet (20).

## Conclusion

Le poids du suicide des personnes âgées, avec plus de 3 000 décès chaque année en France, devrait s'accroître avec le vieillissement de la population française. Les trois quarts de ces sujets âgés consultent par ailleurs leur médecin traitant le mois précédant leur suicide (5).

Mieux définir le ou les déterminants neuropsychologiques du passage à l'acte suicidaire auprès des populations âgées constitue un enjeu préventif et thérapeutique. ■

## Références bibliographiques

1. Freud à Lou Andreas-Salomé, 11 mai 1927. Dans : Freud S. Correspondance Freud-Lou Andreas-Salomé. Paris : Gallimard, 1970:206.
2. <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>
3. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behaviors in elders. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(2):333-56.
4. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373(9672):1372-81.
5. Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Fédération française de psychiatrie selon la méthodologie de l'ANAES avec le soutien de la direction générale de la Santé, Paris, les 19 et 20 octobre 2000.
6. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP et al. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10(4):398-406.
7. Upadhyaya AK, Conwell Y, Duberstein PR, Denning D, Cox C. Attempted suicide in older depressed patients: effect of cognitive functioning. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999;7(4):317-20.
8. Haw C, Harwood D, Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 2009;21(3):440-53.
9. Purandare N, Voshaar RC, Rodway C, Bickley H, Burns A, Kapur N. Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. *Br J Psychiatry* 2009;194(2):175-80.
10. Erlangsen A, Zarit SH, Tu X, Conwell Y. Suicide among older psychiatric inpatients: an evidence-based study of a high-risk group. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(9):734-41.
11. Terra JL. Comment intervenir auprès d'une personne en cas de crise suicidaire ? Dans : Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2010:283-7.
12. Godefroy O, Jeanerod M, Allain P, Le Gall D. [Frontal lobe, executive functions and cognitive control]. *Rev Neurol (Paris)* 2008;164(Suppl. 3):S119-27.
13. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cogn Psychol* 2000;41(1):49-100.
14. Hascher L, Zacks RT. Working memory, comprehension and aging: a review and a new view. *The Psychology of Learning and Motivation* 1988;22:193-225.
15. Dombrowski AY, Butters MA, Reynolds CF 3rd et al. Cognitive performance in suicidal depressed elderly: preliminary report. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16(2):109-15.
16. King DA, Conwell Y, Cox C, Henderson RE, Denning DG, Caine ED. A neuropsychological comparison of depressed suicide attempters and nonattempters. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12(1):64-70.
17. Richard-Devantoy S, Annweiler C, Le Gall D, Garré JB, Olié JP, Beauchet O. Cognitive inhibition in suicidal depressed elderly: a case-control pilot study. *J Clin Psychiatry* 2011;72(6):871-2.
18. Jollant F, Lawrence NS, Giampietro V et al. Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *Am J Psychiatry* 2008;165(6):740-8.
19. Courtet P. Suicide et tentatives de suicide. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2010.
20. Alexopoulos GS, Reynolds CF 3rd, Bruce ML et al.; PROSPECT Group. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* 2009;166(8):882-90.