

SUICIDE CHEZ  
LES PERSONNES ÂGÉES,  
LES JEUNES ET  
LES DÉTENUÉS

---

<b>Fiche 15 • Suicide des personnes âgées .....</b>	<b>215</b>
<b>Fiche 16 • Risque suicidaire en classe de 3<sup>e</sup> : une première analyse de l'auto-questionnaire de l'enquête nationale sur la santé des élèves de 3<sup>e</sup> .....</b>	<b>228</b>
<b>Fiche 17 • Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les jeunes Français métropolitains - Résultats des enquêtes Escapad 2017 et EnCLASS 2018 .....</b>	<b>238</b>
<b>Fiche 18 • La surveillance épidémiologique du suicide chez les personnes écrouées .....</b>	<b>250</b>



## FICHE 15

# Suicide des personnes âgées

Laura Nirello, avec la collaboration de Valérie Carrasco (DREES)

En France métropolitaine, en 2016, les décès par suicide des personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 20 % de l'ensemble des décès par suicide, tandis que la population de cette tranche d'âge ne constitue que 9 % de l'ensemble de la population<sup>1</sup>. Alors que le taux de suicide augmente avec l'avancée en âge, les recherches sur le suicide des personnes âgées, et ses éventuelles spécificités, restent peu nombreuses.

En 2013 et 2014, plusieurs rapports importants ont été publiés. Le Comité national de la bientraitance et des droits (CNBD) a établi un état des savoirs sur le suicide des personnes âgées (CNBD, 2013). Par ailleurs, deux rapports de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ont recensé les dispositifs de prévention et de repérage de la crise suicidaire chez les personnes âgées (ANESM 2014a, 2014b). Cette fiche vise à actualiser les connaissances depuis la parution de ces rapports.

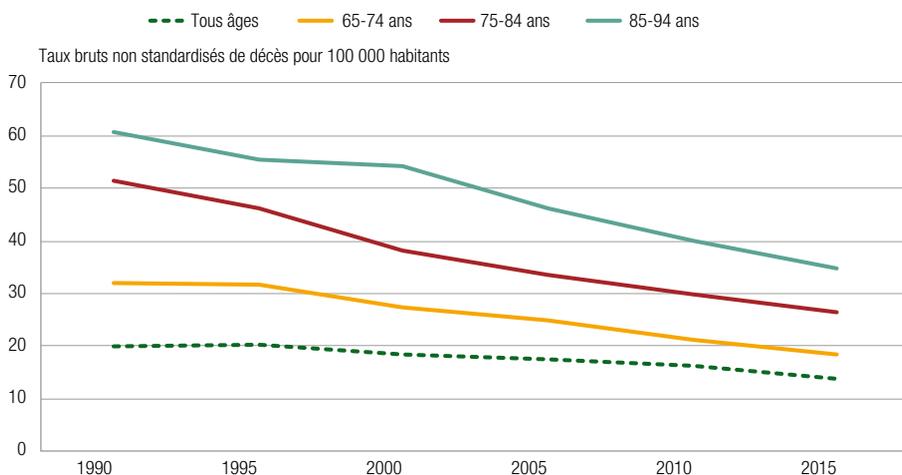
### Cadrage statistique sur le suicide des personnes âgées

Comme le constatait déjà l'un des pères fondateurs de la sociologie française, É. Durkheim, il y a plus d'un siècle, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge : en 2016, il est de 15,4 décès par suicide pour 100 000 habitants pour les 25-54 ans, de 18,1 pour les 55-74 ans et de 33,3 pour les 75 ans ou plus (voir fiche 2). Il est particulièrement élevé chez les hommes âgés de 75 ans ou plus, avec 55,7 décès par suicide pour 100 000 habitants contre 10,9 pour les femmes du même âge. La différence selon le genre est encore plus importante pour les 95 ans ou plus, avec plus de 120 décès par suicide pour 100 000 habitants chez les hommes contre moins de 10 chez les femmes du même âge (voir fiche 2). Néanmoins, la mortalité étant globalement élevée chez les personnes âgées, le suicide représente moins de 1 % de la totalité des décès pour les hommes comme pour les femmes. Ces résultats selon l'âge et le sexe sont observés depuis les années 1970 (Andrian, 1990). De 1990 à 2015, le taux brut de décès par suicide des personnes âgées baisse de manière continue pour les tranches d'âge comprises entre 65 et 94 ans, comme pour l'ensemble de la population (**graphique 1**).

1. Chiffres CépiDc-Inserm en 2016 (fiche 2) et Insee, estimations de la population. Dans, *Tableau de l'économie française*. Édition 2016. Insee Références.



## GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux bruts de décès par suicide par tranche d'âge de 1990 à 2015



**Lecture** • En 1990, le taux brut non standardisé de décès par suicide pour l'ensemble de la population est de 20 pour 100 000 habitants.

**Champ** • France métropolitaine.

**Source** • CépiDc-Inserm, calculs DREES.

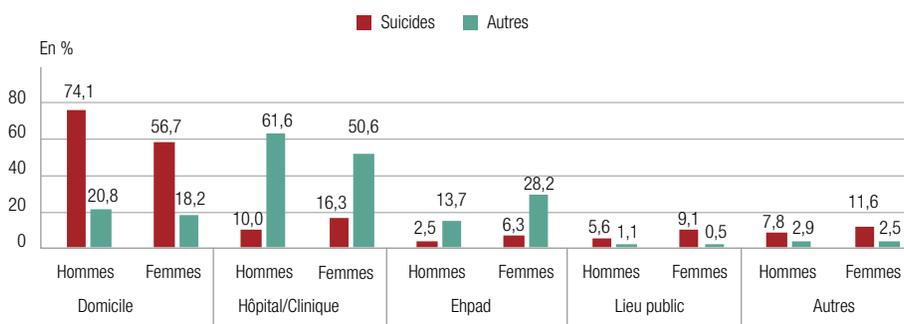
### Lieu de suicide des personnes âgées et impact de l'institutionnalisation

La détermination du lieu du suicide, à partir des certificats de décès, se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord, le certificat de décès indique le lieu du décès, qui ne correspond pas nécessairement au lieu du suicide le cas échéant. Ensuite, le certificat ne mentionne pas le lieu de résidence de la personne au moment du décès. Ainsi, si une personne meurt à l'hôpital à la suite d'un suicide, le certificat de décès mentionnera l'hôpital comme lieu de décès, sans que l'on puisse savoir si la personne a commis l'acte à l'hôpital ou si elle y a été transférée après son acte et qu'elle y est décédée. On ne saura pas non plus si la personne résidait en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ainsi, les suicides des personnes âgées résidant en Ehpad ne sont repérés comme tels que si la personne est décédée en Ehpad.

Étant donné cette limite, on ne peut que comparer les lieux de décès, selon qu'il s'agit d'un suicide ou d'un autre décès (**graphique 2**). Les décès par suicide représentent globalement 0,6 % des décès des personnes âgées de 65 ans ou plus. Cette part varie selon le sexe et l'âge, toujours plus élevée pour les hommes que pour les femmes d'une part, et pour les 75 ans ou plus que pour les moins de 75 ans d'autre part. Elle est ainsi de 1,6 % pour les hommes de 65 à 74 ans et

seulement de 0,2 % pour les femmes de 75 ans ou plus. Mais pour les hommes comme pour les femmes, et quelle que soit la tranche d'âge (64-74 ans ou 75 ans ou plus), les lieux des décès par suicide sont très différents de ceux des autres décès. Ils se caractérisent essentiellement par une très forte part de décès à domicile (74,1 % pour les hommes et 56,7 % pour les femmes) et une part de décès à l'hôpital beaucoup plus faible : 10,0 % pour les hommes et 16,3 % pour les femmes, contre respectivement 61,6 % et 50,6 % concernant les autres décès. De nombreuses personnes âgées sont en effet transférées dans un établissement de santé les semaines qui précèdent leur mort, leur situation médicale exigeant des soins complexes et ne permettant pas leur maintien à domicile (Pennec *et al.*, 2015). Les décès ont également moins souvent lieu dans un Ehpad quand il s'agit d'un suicide que dans les autres cas, au profit des lieux publics et autres lieux, la différence étant plus marquée pour les femmes.

**GRAPHIQUE 2 • Lieux de décès des suicides et des autres décès, pour les personnes de 65 ans ou plus en 2015**



**Lecture** • Pour les hommes de 65 ans ou plus, 74,1 % des décès par suicide et 20,8 % des autres décès ont lieu au domicile privé.

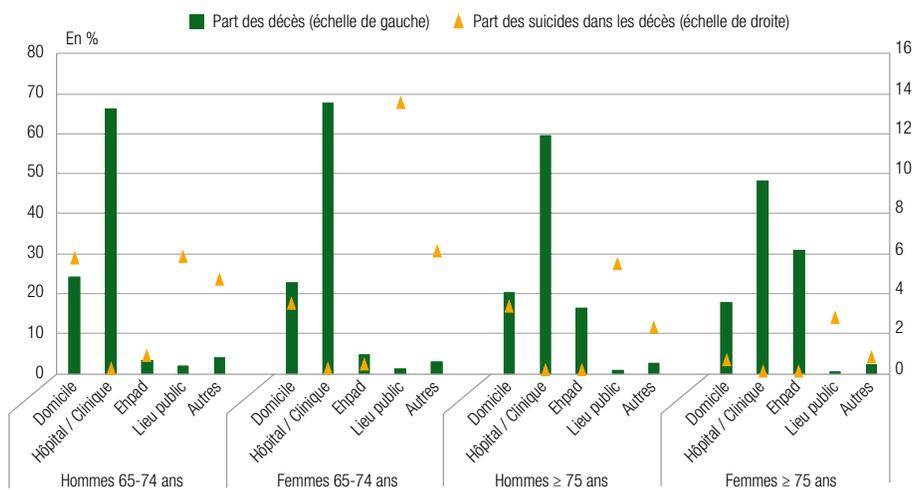
**Champ** • Décès 2015, France entière, personnes de 65 ans ou plus.

**Source** • SNDS-CépiDc-Inserm, calculs DREES.

Le lieu de survenue du décès est ainsi très spécifique pour les suicides. Ces derniers représentent une part non négligeable des décès dans certains lieux, très peu fréquents par ailleurs, comme les espaces publics et les « autres lieux » (soit hors hôpital et lieu de résidence) (graphique 3). À l'inverse, les suicides restent très rares en Ehpad (0,1 %). Il est cependant très difficile de tirer des conclusions de cette faible part, en l'absence d'information sur le lieu de résidence (logement ordinaire ou Ehpad) des personnes décédées à l'hôpital ou en clinique et de la possibilité de comparer la fréquence des décès par suicide à état de santé équivalent. Outre l'âge et l'état de santé, de nombreux facteurs seraient également à prendre en compte, en particulier l'isolement et l'accès aux moyens létaux. S'il y a beaucoup de pensées suicidaires dans

les Ehpad, elles n'aboutissent pas systématiquement au suicide, les moyens d'atténuer à leur vie à la disposition des résidents étant limités (Mezuk *et al.*, 2019).

### GRAPHIQUE 3 • Répartition des décès selon les lieux de décès et part des suicides dans les décès en 2015



**Lecture** • 24 % des décès des hommes âgés de 65 à 74 ans ont lieu au domicile (hors Ehpad) et 5 % de ces décès au domicile sont des suicides.

**Champ** • Décès 2015, France entière, personnes de 65 ans ou plus.

**Source** • SNDS-CépiDc-Inserm, calculs DREES.

Malgré la part faible de suicides de personnes âgées constatée en Ehpad, la littérature s'interroge sur l'incidence de l'institutionnalisation. Une enquête a montré que l'entrée en Ehpad pouvait être vécue comme un événement traumatique (Casadebaig *et al.*, 2005). En effet, un risque de suicide accru apparaît dans les six premiers mois suivant l'arrivée en établissement, qui constitue une rupture plus ou moins éprouvante par rapport à la vie antérieure<sup>2</sup>. Cette expérience dépend des caractéristiques socio-économiques des personnes, mais aussi de la manière dont cette entrée a été préparée (Mallon, 2007). L'arrivée en Ehpad s'effectuant fréquemment à un âge très avancé – plus de 85 ans en 2015 – nécessite de tenir compte des caractéristiques particulières des résidents. Ils sont souvent très dépendants et souffrent de multiples pathologies (Muller, 2017). De plus, l'entrée en Ehpad elle-même peut être liée à un événement traumatique (décès du conjoint, etc.) ou à une dégradation de la santé.

2. Le risque de décès, pour toutes causes, est également élevé au cours des premiers mois passés en établissement, puisqu'en 2015 un quart des décès ont eu lieu avant huit mois de séjour (Muller et Roy, 2018).

### L'intentionnalité et les modes de suicide

Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, le rapport entre les tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation et les suicides est de l'ordre de quatre tentatives de suicide pour un suicide, contre deux cents tentatives pour un suicide pour les personnes de moins de 25 ans (CNBD, 2013). Ainsi, les différents travaux avancent l'idée que le suicide des personnes âgées révèle des actes davantage élaborés et prémédités s'accompagnant d'une fragilité organique plus importante.

Les modes de suicide diffèrent selon le lieu du décès (**tableau 1**). Dans les Ehpad et à domicile, le mode majoritaire est la pendaison (respectivement 54,3 % et 55,4 %). Le mode le plus fréquent lorsque le décès par suicide a lieu à l'hôpital est la prise de médicament (26,8 %), même si l'on retrouve la pendaison dans 24,0 % des cas. À domicile, les armes à feu sont utilisées dans un quart des cas, alors qu'en Ehpad, un quart des suicides font suite à un saut dans le vide. Il est important de souligner que l'accès à certains moyens létaux est très difficile dans les établissements (armes à feu par exemple).

**TABLEAU 1 • Modes de suicide selon les lieux de décès, données cumulées sur 2013, 2014, 2015 pour les 65 ans ou plus**

Modes de suicide	Ehpad		Domicile		Hôpital	
	Effectif	en %	Effectif	en %	Effectif	en %
Arme à feu	8	2,7	1 519	25,8	183	18,0
Médicament	10	3,3	358	6,1	273	26,8
Noyade	4	1,3	128	2,2	17	1,7
Objet tranchant	4	1,3	77	1,3	25	2,5
Pendaison	163	54,3	3 266	55,4	245	24,0
Saut dans le vide	78	26,0	133	2,3	142	13,9
Substance toxique	4	1,3	64	1,1	57	5,6
Autres (dont alcool, collision véhicule)	29	9,7	349	5,9	77	7,6
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>5 894</b>	<b>100,0</b>	<b>1 019</b>	<b>100,0</b>

**Lecture** • De 2013 à 2015, 163 personnes âgées de 65 ans ou plus se sont suicidées par pendaison en Ehpad, ce qui correspond à 54,3 % des suicides en Ehpad. Dans le cas des décès à l'hôpital, le lieu où l'acte de suicide a eu lieu est généralement inconnu.

**Champ** • Décès par suicide 2013, 2014, 2015, France entière, personnes de 65 ans ou plus.

**Source** • SNDS- CépiDc-Inserm, calculs DREES.

### **Les enjeux du suicide chez les personnes âgées**

Le suicide des personnes âgées présente des spécificités qui nécessitent d'interroger l'avancée en âge dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale. Certains facteurs de risque, liés aux modifications corporelles et relationnelles qui apparaissent avec l'âge, sont différents de ceux observés chez les personnes plus jeunes. D'autres facteurs, comme la dépression, auraient des effets exacerbés sur le risque suicidaire avec l'âge. Enfin, l'hypothèse est parfois avancée que certains comportements, tels le renoncement à certaines activités, constituent des facteurs de risque suicidaire masqués (Gallarda *et al.*, 2019).

### **Spécificité du suicide chez les personnes âgées**

Le vieillissement implique l'approche de la mort et la confrontation avec celle-ci (Charazac et Brunel, 2014). Dans ce contexte, plusieurs hypothèses sont posées pour tenter d'expliquer le suicide de différentes façons. Ainsi au-delà du caractère individuel de l'acte suicidaire, le suicide « répond aussi à certaines régularités et à certaines conditions d'existence socialement partagées » (Campéon, 2012). À partir des catégories de J. Baechler, A. Campéon relève trois justifications rapportées par les personnes âgées enquêtées et qui pourraient expliquer les tentatives de suicide :

- le suicide par anticipation qui désigne l'idée de mourir dignement, avant une éventuelle dégradation des conditions de vie ;
- le suicide par étrangeté au monde et à soi : il s'agit d'un suicide lié à son environnement et aux difficultés à retrouver sa place par exemple à la suite de l'arrêt de la vie active ;
- le suicide relatif au « deuil » : il révèle une incapacité à faire face à une perte, comme la dégradation de la santé, la disparition d'un proche, le fait de quitter le domicile pour entrer en institution, etc.

Ces différentes justifications conduisent aussi à différencier le suicide actif qui « suppose que la volonté de se donner la mort est manifeste et déterminée » et le suicide passif qui « se distingue par une conduite suicidaire souvent très discrète, voire soigneusement cachée, mais qui dissimule une volonté déterminée de mourir – par omission – d'actes indispensables à la vie du sujet » (Charazac et Brunel, 2014, 69). Ce suicide passif s'approche de la notion de « déprise » utilisée en sociologie. Elle consiste en un lâcher-prise général, un retrait graduel ou un désengagement de la société. Certaines approches font ainsi l'hypothèse que des comportements, tels le refus alimentaire, l'arrêt d'un traitement médicamenteux, des négligences corporelles graves, l'éloignement volontaire de certaines relations amicales ou familiales, etc. peuvent être assimilés à des équivalents suicidaires. Ces formes plus discrètes de suicide seraient alors plus difficiles à percevoir, ce qui compliquerait le repérage par les professionnels de santé des situations à risques de suicide.

Il existe deux représentations opposées de la vieillesse dans notre société : d'un côté, le retraité actif et de l'autre « la personne âgée dépendante », « souffrant de solitude et n'attendant plus que la mort » (Caradec, 2012, 29). Une partie des personnes âgées, notamment quand elles perdent de l'autonomie, ne trouvent plus leur place dans la société actuelle. D'après les économistes D. Hamermesh et N. Soss, cités par C. Baudelot et R. Establet (2006), le suicide serait le renoncement à une faible quantité d'existence restante. Plus précisément, le suicide serait un arbitrage rationnel entre les coûts occasionnés par la vieillesse (affaiblissement des liens sociaux, perte d'autonomie, retraite, maladie, etc.) et les faibles gains escomptés par cet état. La mort par suicide serait ainsi une forme d'échappatoire. Cette idée est également portée par certains professionnels en établissement (Couillet, 2017).

### **Des facteurs de risque multiples**

Le rapport du CNBD souligne que « les facteurs de vulnérabilité suicidaire spécifiques à cette population sont encore assez mal connus » (CNBD, 2013, 4). Des facteurs biologiques, sociaux mais aussi médicaux entraînent une accumulation des risques chez les personnes âgées, plus encore que pour d'autres tranches d'âge (Gallarda *et al.*, 2019).

La dépression constitue un des facteurs de risque les plus importants chez la personne âgée. Ainsi entre 60 % et 90 % des suicidés âgés sont atteints de dépression au moment du passage à l'acte (CNBD, 2013). La dépression chez la personne âgée est souvent difficile à repérer, car elle peut se traduire par des plaintes somatiques, compliquant le diagnostic. Ainsi la moitié des personnes âgées suicidées ont consulté leur médecin généraliste 7 jours avant le suicide sans que ce dernier repère le risque suicidaire (Prévile *et al.*, 2005).

Cependant, il est également important de souligner que la dépression n'est pas le seul facteur de risque. D'autres troubles psychiques, comme les addictions, en particulier la consommation d'alcool, constituent également des facteurs de risque. Les troubles cognitifs, et notamment la démence, sont associés à la dépression ou à l'anxiété, également facteurs de risque. Toutefois, leurs impacts directs sur le suicide ne sont pas encore totalement évalués. L'annonce de la maladie peut, quant à elle, se révéler un facteur déclencheur. Les maladies physiques peuvent aussi être des facteurs de risque, surtout lorsqu'elles sont sources de handicap et de douleur conduisant à l'isolement sensoriel ou à la réduction de l'autonomie. Les « facteurs de personnalité » tels que l'anxiété, le manque d'ouverture aux idées nouvelles, etc. sont également à considérer (Gallarda *et al.*, 2019). Enfin, il importe de prendre en compte tous les éléments sociaux, familiaux et environnementaux : le veuvage, la précarité, une entrée en Ehpad, la perte d'autonomie constituent des événements sources d'anxiété et pouvant susciter des idées suicidaires. Parmi les

justifications évoquées par les personnes âgées, le sentiment de perte est souvent avancé (Campéon, 2012).

Plus généralement, il faut tenir compte des conditions de vie à domicile et en établissement pour personnes âgées, ce qui renvoie aux enjeux de la bienveillance. La littérature insiste beaucoup sur l'influence de l'isolement et le manque de soutien social. En revanche, plusieurs recherches ont démontré que l'existence d'un soutien familial (avoir des enfants, des parents, des amis) diminue le risque de suicide et constitue un facteur protecteur. De la même manière, l'implication dans la vie associative ou la réalisation d'activités physiques atténuent l'isolement social. Enfin, la pratique religieuse semble être un facteur protecteur contre la dépression (Gallarda, 2019).

## État des lieux des dispositifs de recherche et d'évaluation en France

### Quels outils de prévention ?

Deux orientations sont identifiées dans les outils de prévention : la réduction des facteurs de risque et l'amélioration de la qualité de vie. Elles passent par la lutte contre l'isolement et le repérage plus précis de la dépression, grâce notamment à la formation des médecins généralistes (CNBD, 2013). On peut citer, à titre d'exemple, le programme Monalisa (mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées) mis en place 2014. Il s'agit d'une démarche de coopération qui vise à créer une synergie entre tous les acteurs volontaires d'un territoire autour de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées.

Deux expérimentations et évaluations étrangères sont particulièrement riches d'enseignement. La première, réalisée au Japon, concerne le dépistage de la dépression au travers de séances d'informations sur la thématique du suicide à destination des personnes âgées. À la fin de ces séances, un questionnaire de dépistage de la dépression est proposé. Si le résultat révèle un risque de dépression, une prise en charge médicale et une proposition d'activités par des bénévoles, ainsi qu'un appel régulier de la part d'associations sont prévus. Au terme des dix ans d'existence de ce dispositif, les résultats se sont révélés probants pour les femmes pour lesquelles les suicides ont baissé de 74 % (Oyama, 2006).

La deuxième expérience en Italie a concerné la lutte contre l'isolement social au travers du dispositif *Tele-help, Tele-check*. Le dispositif comporte deux niveaux. Tout d'abord, la personne âgée peut appeler un numéro d'urgence 24h/24 lorsqu'elle se sent en danger (*Tele-help*). Ensuite, deux fois par semaine, les personnes âgées sont directement contactées (*Tele-check*). Les personnes ayant participé à l'expérimentation sont isolées mais pas forcément dépendantes. Les résultats de l'évaluation montrent une baisse du nombre de rendez-vous chez le médecin et des hospitalisations, mais aussi une baisse du score de dépression et de suicides. Le fait que les

personnes soient appelées directement sans être obligées d'accomplir la démarche de l'appel, semble avoir permis de meilleurs résultats (De Leo, 1995).

Au sein des dispositifs de prévention, un enjeu concerne la formation des soignants et des familles. L'objectif de ces formations est de travailler sur les présupposés des professionnels sur la thématique du suicide et sur le lien direct entre la dépression et le suicide à travers lequel peut se manifester l'expression de l'autonomie de la personne âgée (Couillet, 2017). Sur cet aspect, on peut se référer au guide de l'ANESM (2014b).

Une annexe du rapport du CNBD (2013) contient une liste de la plupart des dispositifs français en vigueur et souligne particulièrement la faible coordination de l'ensemble des acteurs mais aussi le manque d'évaluation de ces dispositifs.

### Les travaux de recherche en cours

Les recherches en cours, notamment dans les Ehpad, concernent principalement des dispositifs d'évaluation de formation à la prévention du suicide auprès des professionnels. Les travaux de J.-L. Terra, professeur de psychiatrie, portent notamment sur la mise en place de formations de type « sentinelle » ou *gatekeeper* (Chauliac, 2016). Celles-ci ont été mises en place en 2012 dans des Ehpad du Rhône à la suite d'une augmentation du nombre de suicides dans les établissements et d'une sollicitation de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Pour évaluer ce dispositif, une comparaison a été faite entre les 12 Ehpad ayant formé au moins 30 % du personnel et 12 Ehpad où aucune formation n'a été réalisée. L'objectif était triple : étudier la manière dont sont détectées les personnes à risque, comprendre l'évolution des prises en charge réalisées et analyser les mesures de prévention mises en place par les Ehpad. Les résultats montrent que ces formations ont eu à la fois un impact individuel sur la personne formée et de manière générale sur toute l'institution qui a mis en place une meilleure gestion des suicides et des mesures de prévention (Chauliac, 2016).

Un autre programme de formation a été institué dans la région des Hauts-de-France avec la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France portés par l'agence régionale de santé et par L. Plancke (Plancke, 2019). Les formateurs ont suivi l'enseignement de J.-L. Terra en 2015, puis ont transmis leur formation, pendant deux ans, à 427 professionnels dans 100 établissements. Plusieurs éléments d'évaluation ont été réalisés pour mesurer l'impact de ces formations : un questionnaire auprès des professionnels ; une enquête avec des responsables d'Ehpad quelques mois après la formation ; une enquête de prévalence des tentatives de suicide et des suicides parmi les résidents. Les résultats démontrent peu de changements organisationnels, mais des échanges entre professionnels et résidents sur les conduites suicidaires qui augmentent. Le programme de formation a favorisé une amélioration des

connaissances déclarées et une évolution des représentations, même si la distinction entre pensées suicidaires et passages à l'acte n'est pas effective et si les troubles dépressifs sont assimilés parfois aux risques suicidaires. L'enquête de prévalence des tentatives de suicide et des suicides indique une morbidité suicidaire inférieure après la formation. Cependant, il n'est pas possible de conclure à un effet significatif sur la baisse de la mortalité suicidaire.

Peu de recherches s'intéressent aux mécanismes neurocognitifs à l'exception d'une étude clinique menée par le service psychiatrique du CHU de Nîmes portée par le professeur en psychiatrie F. Jollant (Richard-Devantoy et Jollant, 2012). Cofinancée par la fondation Apicil<sup>3</sup>, cette étude a pour objectif de mieux comprendre ces mécanismes susceptibles d'aboutir au suicide et de repérer les profils cognitifs des patients âgés. La méthodologie repose sur une comparaison entre trois groupes de patients de plus de 60 ans. Un premier groupe est composé de personnes âgées déprimées ayant fait une tentative de suicide ; un second, de personnes âgées déprimées n'ayant pas fait de tentative de suicide et enfin un troisième est constituée de personnes âgées sans antécédent psychiatrique. L'étude repose sur des tests neuropsychologiques mesurant, chez le patient, la manière de prendre des décisions, notamment devant une situation d'injustice. Ensuite, une session d'imagerie par résonance magnétique (IRM) est réalisée pour mesurer l'activité cérébrale. Enfin, la perception de la douleur psychologique est également évaluée. L'idée est d'exposer la façon dont peuvent être développés des marqueurs prédictifs du risque de passage à l'acte. Aucun résultat n'est pour le moment disponible.

Une autre recherche, menée par P. Vandel de l'université de Franche-Comté<sup>4</sup>, a pour objectif de mieux déterminer les facteurs de risque du suicide. L'hypothèse repose sur le fait que le vieillissement s'accompagne d'une diminution de l'inhibition cognitive (capacité du cerveau à ignorer ou à se détourner d'un stimulus qui ne serait pas pertinent pour une tâche en cours). Ce défaut d'inhibition cognitive favoriserait l'émergence d'idées suicidaires et serait lié à la prise de décision déclenchant un passage à l'acte suicidaire (Barsznica, 2019). Le problème serait donc physiologique, le cerveau du sujet âgé ne pouvant plus écarter les pensées suicidaires. Dans la recherche menée, un groupe d'individus avec un antécédent dépressif et un autre groupe témoin réalisent des tâches nécessitant des mouvements oculaires qui sont mesurés et analysés (*eye tracking*). Ceux-ci révèlent alors que le défaut d'inhibition cognitive est plus important chez le groupe de personnes âgées dépressives. Au-delà du lien entre inhibition cognitive et dépression, la recherche montre que les interactions sociales permettent de freiner la perte de l'inhibition cognitive. La réduction de l'isolement social tend à diminuer le nombre de suicides.

3. Fondation Apicil, CHU de Nîmes, « Comprendre le risque suicidaire de la personne âgée déprimée », *dossier de presse*, Nîmes, 29 novembre 2018.

4. Pour plus d'informations, voir p. 150 du 3<sup>e</sup> Rapport de l'ONS.

Enfin, le projet en cours, en sciences humaines « Suicidâge : Se suicider au grand âge : comprendre avant d'intervenir » porté par F. Balard de l'université de Lorraine (2019) a reçu un financement de la Fondation de France. Son objectif est triple : éclairer les catégorisations scientifiques du suicide des personnes âgées, analyser les catégorisations des professionnels (médecins, infirmiers, etc.), et analyser l'interprétation des proches de la personne âgée. Les premiers résultats du projet (pas encore publiés) mettent en lumière les conceptions scientifiques différenciées du suicide des âgées et la manière dont celles-ci s'articulent avec des conceptions du mal-être au grand âge. Ainsi, le projet pourrait avoir un rôle de prévention précieusement dans la réflexion autour de l'image de la vieillesse dans la société et de la postvention<sup>5</sup>.

### Conclusion : quelles questions de recherche ?

Si les avancées sont réelles en matière d'évaluation des dispositifs de prévention du suicide, il reste encore de nombreux pans de recherche à explorer. Un premier volet de recherches possible concerne les données chiffrées. En effet, les données du CépiDc permettent de donner une approche générale du profil, des modes et des lieux de suicide. Cependant, certains éléments restent à explorer pour appréhender la sous-estimation du nombre de personnes âgées se suicidant, particulièrement en établissements pour personnes âgées. Des statistiques s'avèreraient nécessaires pour mieux connaître le profil des personnes âgées suicidées ou suicidantes (niveau de dépendance, caractéristiques socio-économiques, etc.).

Un deuxième volet d'analyses pourrait s'intéresser à une meilleure connaissance des facteurs de risque et plus particulièrement au rôle de la dépression dans les comportements suicidaires et sa détection. Des recherches comportant une analyse affinée des facteurs relatifs aux caractéristiques démographiques, économiques et familiales permettraient de parfaire la compréhension des conduites suicidaires. S'intéresser au parcours des individus (entrée ou non en établissement, éventuel veuvage, etc.) favoriserait la compréhension du rôle des ruptures dans les parcours de vie.

Enfin, des recherches pourraient renforcer l'évaluation scientifique des dispositifs mis en place à la fois en matière de prévention et de postvention. Cependant, avant même d'évaluer, il convient de réfléchir aux indicateurs à prendre en compte. Par exemple, le faible volume de suicides dans un Ehpad ne permet pas de quantifier l'impact des mesures mises en place sur la baisse des suicides. Il faut donc trouver et expérimenter d'autres indicateurs : propension à demander de l'aide, évolution des comportements des familles et des professionnels, mais aussi nombre de dépressions diagnostiquées, etc.

---

5. La postvention consiste en une aide auprès des professionnels et de la famille à la suite du suicide de la personne âgée.

## Références bibliographiques

- **Andrian, J.** (1990). Le suicide des personnes âgées : comparaisons nationales et internationales (1976-1987). *Espace populations et sociétés*, 3, 565-572.
- **ANESM.** (2014a, avril). Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées.
- **ANESM.** (2014b, mai). Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- **Balard, F.** (2019, juin). « Suicidâge : Se suicider au grand âge : comprendre avant d'intervenir ». Communication présentée à l'ONS, Paris.
- **Barsznica, Y., Noiret, N., Chopard, G. et Vandiel, P.** (2019, mars). Intérêt potentiel des saccades oculaires pour la détection des conduites suicidaires chez la personne dépressive âgée. *Gériatrie et psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement*, 17(1), 92-98.
- **Baudelot, C. et Estabiet, R.** (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris, France : Le Seuil.
- **Campéon, A.** (2012, juin). Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieille déchuée ? ; *Interrogations ?* 14.
- **Caradec, V.** (2012). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Domaines et approches* (3<sup>e</sup> édition). Paris, France : Armand Colin.
- **Casadebaig, F., Ruffin, D. et Philippe, A.** (2003, février). Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51(1) 55-64.
- **Charazac-Brunel, M.** (2014). Le suicide des personnes âgées. Toulouse, France : ERES.
- **Chauliac, B., Brochard, N., Payet, C., EGGE (étude gatekeepers en Ehpad) study groupe, Duclos, A. et Terra, J-L.** (2016). How does gatekeeper training improve suicide prevention for elderly people in nursing homes ? A controlled study in 24 centers. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 37, 56-62.
- **Couillet, A., Terra, J-L, Brochard, N. et Chauliac, N.** (2017). Barriers to the prevention of suicide in nursing homes: a qualitative study of the social representations of caregivers. *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide prevention*, 38(6), 423-432-.
- **CNBD.** (2013, octobre). Prévention du suicide chez les personnes âgées.
- **De Leo, D., Carollo, G. et Dello Buono, M.** (2005). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 632-34.
- **Gallarda, T., Roche, O. et Drunet O.** (2019). Chapitre 24. Suicide et conduites suicidaires. Dans J.-P. Clément et B. Calvet (dir). *Psychiatrie de la personne âgée, 2<sup>e</sup> édition*. Paris, France : Lavoisier, p. 252-268.

- **Mallon, I.** (2007). Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et Société*, 30(121), 251-64.
- **Mezuk, B., Ko, T M., Kalesnikava, V A. et Jurgens, D.** (2019). Suicide among older adults living in or transitioning to residential long-term care, 2003 to 2015. *JAMA Network Open*, 2(6).
- **Muller, M. et Roy, D.** (2018, novembre). L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1094.
- **Oyama, H., Ono, Y., Watanabe, N., et al.** (2006). Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 110-114.
- **Pennec, S., Gaymu, J., Riou, F., Morand, E., Pontone, S., Aubry, R. et Cases, C.** (2015, juillet-août). Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. Ined, *Population & Sociétés*, 524.
- **Plancke, L., Baelde, N. et Amariei, A.** (2019, mai). La prise en charge des conduites suicidaires en Ehpad : évaluation d'un programme de formation dans le Nord et le Pas-de-Calais. Un rapport de la F2RSM Hauts-de-France.
- **Plancke, L.** (2017, avril). Épidémiologie des conduites suicidaires des personnes âgées. *Neurologie, psychiatrie, gériatrie*, 17(98), 136-143.
- **Prévile, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., Seguin, M.** (2005). Physical health and mental disorder in elderly suicide : a case-control study. *Aging & Mental Health*, 9(6), 576-584.
- **Richard-Devantoy, S., Jollant, F.** (2012). Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *Santé mentale au Québec*, 37 (2), 151-173.