



## APATHIE, DÉPRESSION ET SUICIDE

C. HAZIF-THOMAS<sup>1</sup>, M. CHARAZAC<sup>2</sup>, P. THOMAS<sup>3</sup>

1. SERVICE DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ, CH QUIMPERLÉ 29300.  
2. DÉPARTEMENT DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES, UNIVERSITÉ CATHOLIQUE 69002 LYON\*.  
3. SERVICE DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ, CH ESQUIROL 87025 LIMOGES.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Le suicide de la personne âgée est, chez elle, la troisième cause de décès en France. Il est lié à la dépression, mais non exclusivement. La démotivation, l'apathie, le renoncement à vivre et à s'engager de nouveau dans des secteurs de vie perçus comme peu attrayants sont aussi en cause. La société a donc ici un rôle important car générant des images négatives de la vieillesse. Nous parcourons dans cet article les causes de suicide de la personne âgée et ses liens aux symptômes négatifs psychiatriques. Nous proposons aussi quelques attitudes de prévention et de repérage de ce risque.

**MOTS CLÉS :** Démotivation – Apathie – Dépression – Suicide – Personnes âgées.

### APATHY, DEMOTIVATION AND SUICIDE IN THE ELDERLY

Suicide is the third largest cause of death in the elderly, in France. It is related to depression, but not exclusively. Demotivation, apathy and giving up the will to live or to stay engaged in the less appealing parts of life are also causes. Society has an important role to play in this statistic as it generates negative images of ageing. In this article, we discuss the main causes of suicide in the elderly and their links to negative psychiatric symptoms. We also offer some preventative attitudes to help pinpoint this risk.

**KEY WORDS:** Demotivation – Apathy – Depression – Suicide – Elderly.



### INTRODUCTION

En France, comme dans tous les pays développés le suicide des vieillards est fréquent (Figure 1), est à risque important d'extension selon l'Organisation Mondiale de la Santé et ce dans la presque indifférence générale (Figure 2)<sup>[1]</sup>. Pour autant, à l'inverse de ce qui se passe chez les adolescents, chez la personne âgée, le ratio tentative de suicide/réussite du suicide est proche de 1. Les moyens brutaux (arme à feu, pendaison) sont souvent utilisés. Le passage à l'acte est volontiers matinal, les traits dépressifs prédominant à cet âge en début de journée. Avant leur suicide les personnes âgées souvent mettent en ordre leurs papiers, rangent leur appartement, se mettent en scène dans leur disparition, comme pour laisser derrière elles le meilleur souvenir, en déguisant à ceux qui survivent leur désespoir. La dépression n'est pas la seule cause de suicide chez la personne âgée, le refus des handicaps pour soi, ou d'en faire porter les conséquences sur

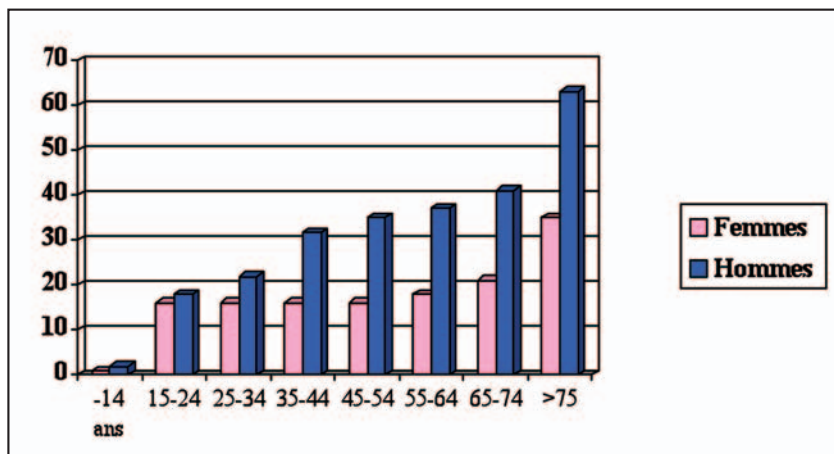


Figure 1: Taux de suicides aboutis pour 100 000 habitants dans le Monde (WHO, 1995).

autrui, la misère et la confrontation à un monde sans goût et sans avenir peuvent être en cause<sup>[2]</sup>.

### APATHIE, DÉPRESSION, SUICIDE : POSITION DU PROBLÈME

La baisse de l'estime de soi liée à la confrontation de soi avec les réalités physiologiques est fréquente avec l'avancée en âge. Une bonne estime de soi est nécessaire pour

s'engager dans des actes qui permettent de se construire, de traverser les difficultés lorsqu'elles se présentent. La dépression s'accompagne donc volontiers chez elle de troubles de la motivation. Ces derniers sont regroupés sous des vocables variables : pertes d'initiative, anergie, démotivation, apathie, épuisement affectif, athymormie, symptômes négatifs. La démotivation est la perte de la motivation, l'apathie – du grec

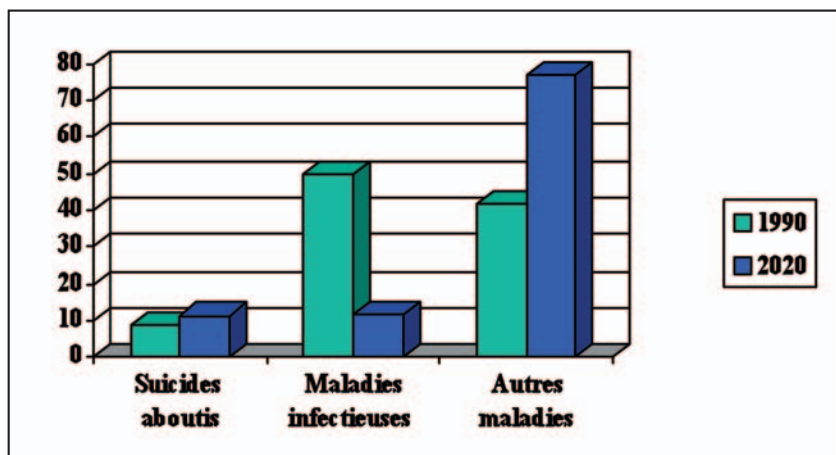


Figure 2 : Evolution des causes de mortalité chez les plus de 80 ans dans les 20 prochaines années (WHO, Division of health. Promotion, éducation and communication. 12/1995).

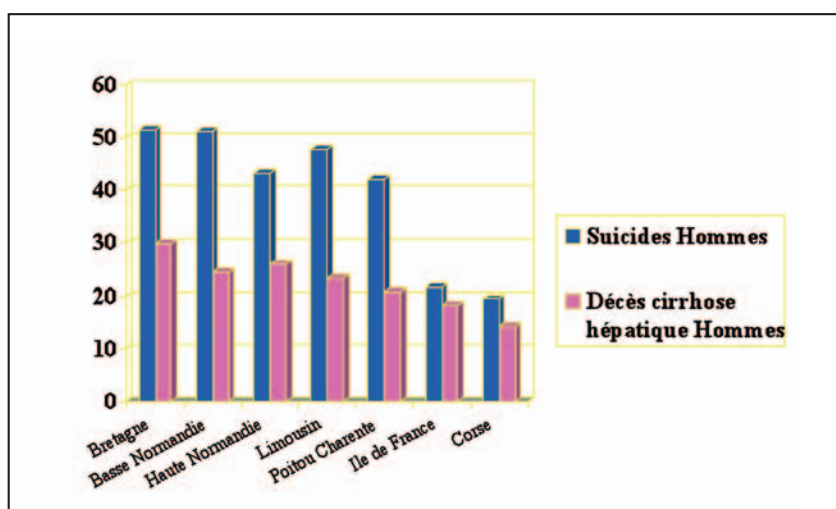


Figure 3 : Taux de suicide aboutis en France en 2000 (Source OMS) et Taux standardisés de mortalité par cirrhose hépatique chez les hommes en 1997-1999 (Source CèpiDC) pour 100 000 pour les sept régions de France les plus exposées.

pathos : passion –, est la disparition, l'extinction des sensations, des émotions, de l'intérêt face à l'environnement. L'apragmatisme est une attitude de passivité devant la réalité liée à l'impossibilité de se représenter l'action, de la concevoir.

Le problème de la démotivation chez la personne âgée est complexe et ne peut être résumé à un simple problème de vieillissement cérébral. Les mécanismes d'apprentissage et de désapprentissage liés à la réussite ou à l'échec vont intervenir sur la qualité et la force des motivations. Les interactions sociales et l'image qu'à la personne âgée d'elle-même conditionnent sa volonté d'entreprendre et sa persévérance dans ce qu'elle fait.

La perte d'emprise sur l'environnement par une personne devenant

dépendante est moralement douloureuse. Les pathologies somatiques fréquentes dans le grand âge interfèrent souvent avec les troubles thyroïdiens. La maladie dépressive peut être ancienne, récurrente, ou tardive sans antécédents, s'ouvrant alors sur un risque de déficit cognitif. La présentation clinique est souvent particulière chez les malades âgés, qui cristallisent volontiers leurs plaintes sur le corps, minimisant les traits de leur humeur triste, et exprimant généralement peu de culpabilité, pour laisser plutôt la fatigue envahir la scène symptomatique.

La dépression du sujet âgé représente un important problème de santé publique et une cause majeure de suicide. Les suicides de la population de 60 ans et plus représentent plus de 30 % du total des suicides. Le

taux de suicide moyen atteint même 35 %, aux USA, chez les plus de 75 ans ; il semble bien que les suicides des vieillards, spécialement ceux des hommes, augmentent dans la majorité des pays développés<sup>(3)</sup>. Ce problème de santé publique est d'autant plus dramatique que 75 % des personnes âgées qui commettent un suicide ont pourtant consulté leur médecin dans le mois précédant leur mort<sup>(4)</sup>. Anticiper la survenue de cette réalité oblige à mieux analyser les modes de présentation de la dépression du sujet âgé.

Dépression, apathie et démotivation s'intriquent aussi avec le vieillissement frontal. De plus, des problèmes somatiques interfèrent avec la symptomatologie négative. Par exemple, une endocrinopathie, une maladie débilante chronique, une détérioration cognitive s'accompagnent volontiers de démotivation et facilitent le repli social.

Le cortex frontal nécessite une maturation, dont l'insuffisance pourrait expliquer les comportements à risque des adolescents<sup>(5)</sup>. Il y a un lien entre l'inscription des actes dans le long terme et l'acceptation de renoncer au plaisir immédiat pour élaborer des stratégies, comme il y a un lien entre suicide et consommation alcoolique (Figure 3). La motivation inscrit le désir dans la durée et s'articule avec l'anticipation lorsque peut se mettre en place une greffe de l'avenir dans le présent<sup>(6)</sup>. Le bénéfice immédiat est volontiers surinvesti chez l'adolescent, et ce surinvestissement efface les risques pris pour l'obtenir. Les travaux récents de Bjork<sup>(5)</sup> montrent que le noyau de l'accumbens est davantage stimulé chez eux que le lobe frontal. L'hypofrontalité liée à l'âge pourrait aussi expliquer les comportements à risque et l'impulsivité de certaines personnes âgées<sup>(7)</sup>, mais aussi, chez quelques-unes, des comportements d'addiction aux jeux d'argent ou une délinquance violente<sup>(8)</sup>. Addiction et suicide peuvent ainsi être le résultat d'un déficit motivationnel, l'une et l'autre palliant l'incapacité de la personne à s'investir solidement dans son environnement social. La personne âgée

dépressive avec des traits frontaux est davantage exposée au passage à l'acte suicidaire<sup>(9)</sup>.

Traiter de la trilogie apathie, dépression et suicide implique d'avoir les idées claires sur ce que signifient se défendre des impulsions suicidaires et aussi sur ce que partagent l'apathie et la dépression.

Ces deux syndromes peuvent se recouvrir mais aussi se différencier ou se compliquer et il n'est pas toujours simple de s'y retrouver cliniquement afin de dégager une juste attitude thérapeutique. La dépression peut aller jusqu'à prendre le masque d'une maladie somatique, ou s'accompagner d'un repli sur soi comme dans sa forme conative, avec démotivation, voire apathie (de conation, insistance sur le réel), ou au contraire dans la dépression hostile se traduire par une agressivité. Ces présentations cliniques inhabituelles expliquent que la dépression de la personne âgée soit insuffisamment traitée. De même l'apathie est souvent ignorée quand elle ne passe pas plus simplement pour un petit symptôme non digne d'intérêt et qu'il est plus simple d'oublier pour s'attacher à plus grave. Thomas et collaborateurs posent toutefois une question pertinente lorsqu'ils demandent si la routine peut rendre apathique<sup>(10)</sup>. L'apathie renvoie à une indifférence ou insensibilité, qui se concrétise par une attitude passive (Marin,<sup>(11)</sup>) ; la prise de conscience du non-sens d'actes ou autres faits répétitifs a pour effet de rendre apathique et on sait qu'un excès de routine auto-imposée, de misonéisme (phobie de la nouveauté) et d'hypofrontalité signifie la porte ouverte vers la mélancolie de la personne âgée. De plus les sentiments qui habitent le patient soumis à la routine sont majoritairement négatifs et l'enferment encore plus par un processus destructeur, dans un état anhédonique et anémique.

Si dépression et découragement ont souvent été mis en perspective, dépression et apathie ont souvent été séparées et pensées comme deux entités étrangères l'une à l'autre.

Pourtant elles partagent toutes

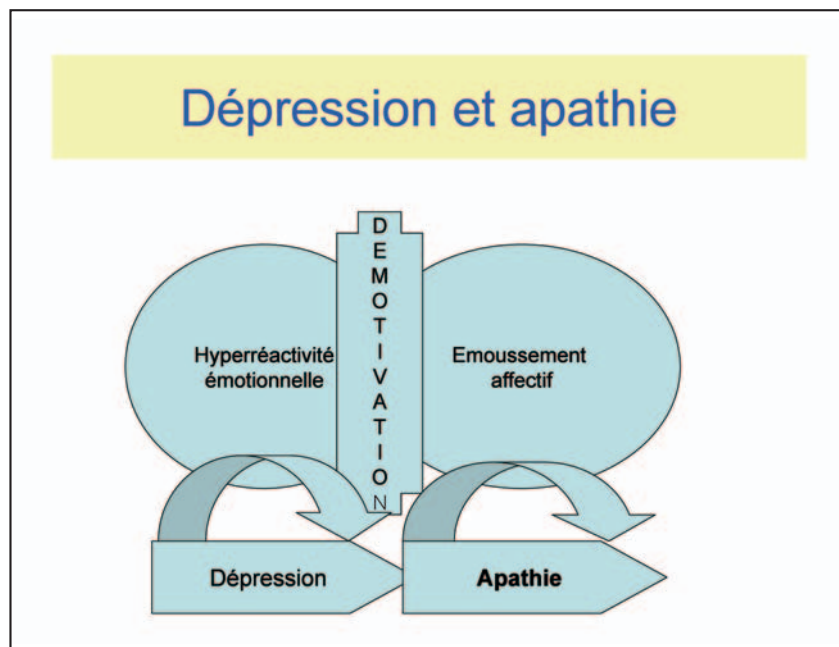


Figure 4 : Apathie, démotivation et dépression.

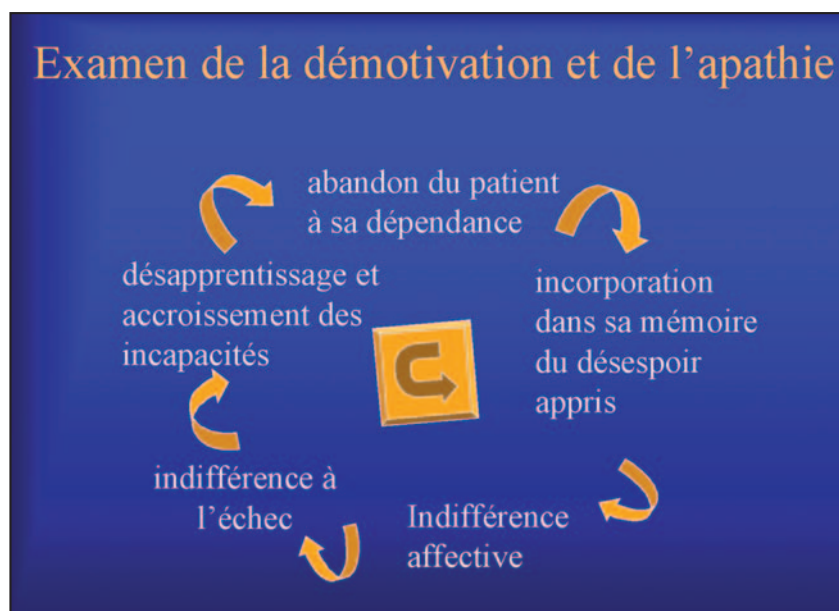


Figure 5 : la psychodynamique de l'apathie.

un processus commun, la démotivation et un terreau sous-jacent, la détresse morale, l'absence d'amour perçu, mais aussi l'absence d'amour donné. Désespoir et démoralisation sont souvent les deux faces d'une même dynamique auto-destructive et/ou auto-déconstructive.

La société mondiale devient violente. Certains actes terroristes s'expliquent par les blessures narcissiques (réparation de l'humiliation), ou simplement par une quête narcissique dysproportionnée : être enfin quelqu'un, un martyr, quelques

minutes pour sortir du quotidien morne, sans espérance. L'absence de vision des destructions infligées favorise le passage à l'acte. Les pilotes de bombardiers ne voient pas leurs victimes, certains aspects de la guerre moderne ressemblent aux jeux vidéo réalistes qui servent parfois à l'entraînement. Les stratégies actuelles intègrent cette dimension d'indifférence et de désintérêt cultivés pour leurs soldats pour les rendre plus efficaces. Le résultat est dans leur démotivation au plan éthique, leur déresponsabilisation : « J'ai ordre

→ *d'appuyer sur le bouton, après ce n'est plus mon problème*». L'éthique et la compassion s'apprennent ou se désapprennent.

Le respect de l'autre, de sa vie passe par la vision de son visage, de son regard. «*Le visage où autrui se tourne vers moi, ne se résorbe pas dans la représentation du visage. Entendre sa misère qui crie justice ne consiste pas à se représenter une image, mais à se poser comme responsable, à la fois comme plus et comme moins que l'être qui se présente dans le visage*» écrit Lévinas;<sup>(12)</sup>. On tue aussi pour fuir l'ennui, pour s'économiser l'effort d'élaborer, pour dérober le fruit du travail des autres... et pour fuir le non-sens de ne plus être en prise avec le sens de sa vie. Quelle espérance s'est construite sans une trajectoire de vie généreuse ou même simplement sagement occupée ? Lorsque la violence n'est plus au rendez-vous, car le vétéran sans conscience est maintenant retiré, ou, dans un autre contexte, car le bandit est maintenant dans sa geôle, quelles perspectives motivationnelles leurs sont encore offertes ? Sur quelle motivation intrinsèque peuvent-ils s'appuyer quand l'environnement violent, qui jusque-là faisait, semble t'il, encore sens, se dérobe ? Il est intéressant de noter que les attentats suicides sont perpétrés par des individus préalablement conditionnés dans des camps militaires où l'entraînement vise à les endurcir face à la souffrance d'autrui. Le choix de se suicider en tuant l'autre, voire au plan géopolitique en tuant tous les autres, n'est plus compensé par le désir d'aimer l'autre au-delà de soi. Il y a quelques jours, une mère jetait sa voiture avec ses deux enfants sous les roues du train. L'une des petites filles terrorisées a eu le temps d'appeler sa grand-mère : «*Elle veut nous tuer...*». Peur de mourir pour l'enfant et peur de réaliser le non-amour de leur mère. La mort assistée, légalisée, médiatisée, fait passer l'acte de suicide d'individuel à un acte collectif, validé par la société qui abuse des préjugés de rationalité ou de l'autorité qui lui est

déléguée (surmoi social). Quand est fixé le prochain rendez-vous du docteur Mabuse ? Si ce type de questionnement peut se poser, c'est que les grandes typologies sociologiques du suicide, telles le suicide altruiste, égoïste et anémique, si elles continuent de faire sens, n'en sont pas moins confrontées à un phénomène nouveau, celui d'une lyse sociétale, à ceci près qu'est ici prise au pied de la lettre, la définition durkheimienne de la société, soit l'idée que «*La société, c'est l'ensemble des forces qui résistent à l'individu*»<sup>(13)</sup>. La différence est alors que si, pour reprendre la célèbre pensée du sociologue, «*Chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires*», il s'avérerait qu'aujourd'hui, l'individu disposé à la mort volontaire, serait décidé à en faire payer le prix fort à la société prise elle-même pour cible ! L'apathie « sociale » du suicidant serait ainsi une incapacité pour le citoyen moderne candidat ou non à l'attentat suicide, tant de se relier à un idéal citoyen (mais non communautaire voire clanique), que de se réapproprier une réelle liberté d'indifférence, qui lui permettrait de conserver sa capacité de non-agir plutôt que de se laisser diriger vers une mort tant autodestructrice qu'hétéro-destructrice pour le réseau social et aliénante au plan identitaire. Cette crise identitaire que double une crise narcissique n'est évidemment pas étrangère à la problématique de la sénescence prise au piège de la désorientation sociale.

En ce cas, chez le sujet âgé fragilisé, la démotivation gomme l'intensité de la douleur morale et explique qu'on avance souvent l'idée que dans l'apathie il n'y aurait pas de détresse subjective. Cela nous semble relever d'une erreur d'appréciation. Tant l'apathie que la dépression relèvent d'un désespoir et d'une détresse mais dans l'apathie, le désespoir est incorporé dans la mémoire tel un corps étranger. (Figure 4); cette réalité se verra d'autant plus s'il est procédé à l'abandon du patient à sa dépendance, s'il n'y a pas d'accueil de sa souffrance, si s'organise une non dis-

ponibilité au tragique de sa vieillesse, si s'y ajoute une indifférence à ses besoins, si existe un isolement plus ou moins punitif (telle une mise en chambre d'isolement non indiquée, une contention inadéquate, voire une camisole chimique ou une exclusion affective...). Dans tous ces cas de figure le patient déjà fragilisé va alors se défendre, en incorporant à sa mémoire le désespoir appris, par l'indifférence affective, d'où l'accroissement de son état de démotivation et de ses tendances passives, donc de son indifférence à l'échec, donc de son désapprentissage, d'où l'accroissement de ses incapacités et de sa dépendance (Figure 5).

### **CRISE SUICIDAIRE ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU SUJET AGÉ**

Informers les familles de ce que veut dire une crise suicidaire est un temps logique comme il est indispensable d'expliquer que l'atteinte de l'initiative, l'indifférence affective n'est pas un symptôme secondaire, que la démotivation doit fréquemment être resituée dans une dynamique de détresse morale et intégrée parmi les *facteurs actuels de risque d'une crise suicidaire*, comme le précise bien la grille d'évaluation de la douleur morale de Blond et coll (Annexe 1)<sup>(14)</sup>. La plupart du temps, il convient de déconstruire ce à quoi l'acte est souvent réduit à leurs yeux, ce que là encore on entend après-coup : cette fameuse « bêtise » à laquelle est réduite la tentative de suicide est plus la vision qu'a le groupe familial du geste que son origine. «*De sa souffrance chacun est juge et lui seul*» écrit le philosophe<sup>(15)</sup> : celle-ci n'est donc jamais à banaliser, encore moins à dissocier d'un appel à l'aide.

Le risque demeure absolu pourtant dans la mesure où le fonctionnement suicidaire est un fonctionnement en « tout ou rien »<sup>(16)</sup>. Chez l'âgé, cette dichotomie se retrouve, elle aussi, mais transposée dans le registre de l'autonomie et de la dépendance vis-à-vis de laquelle le sujet âgé se vit souvent soit dans l'une soit dans l'autre, comme s'il n'existait pas de dépendance de la per-

<b>EVITEMENT/OPPOSITION :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne évite t-elle de sortir de chez elle ?</li> <li>• Refuse t-elle les aides ?</li> <li>• Refuse t-elle les soins, d'aller à l'hôpital ?</li> <li>• Refuse t-elle de répondre au téléphone ?</li> <li>• Manifeste t-elle d'autres refus ?</li> </ul>	<b>COTATION DE 0 À 3</b>  0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<b>ATTITUDES COMPORTEMENTS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne a t-elle moins d'appétit ?</li> <li>• Se désintéresse t-elle de préparer ses repas ?</li> <li>• Est-il apparu des difficultés pour se rappeler, se souvenir ?</li> <li>• Y a t-il un décalage entre son comportement et la situation ?</li> <li>• A t-elle des pertes d'envie avec sans atteinte de l'état général ?</li> <li>• A t-elle perdu du poids ?</li> <li>• Y a t-il d'autres modifications du comportement ?</li> </ul>	<b>COTATION DE 0 À 3</b>  0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>ISOLEMENT/SOLITUDE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le voisinage est-il éloigné ?</li> <li>• La personne a t-elle moins de liens avec sa famille, ses enfants ?</li> <li>• A t-elle moins de contacts avec des professionnels, des amis ?</li> <li>• Evoque t-elle une souffrance face à son isolement ?</li> <li>• Se plaint-elle de solitude et de tout autre forme d'isolement ?</li> </ul>	<b>COTATION DE 0 À 3</b>  0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<b>RETENTISSEMENT SUR L'AIDANT ou LES AIDANTS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le conjoint, les proches sont-ils inquiets ?</li> <li>• Donnent-ils des signes d'épuisement ?</li> <li>• La famille rencontre t-elle des difficultés relationnelles (apparition de tensions familiales...)?</li> </ul>	<b>COTATION DE 0 À 3</b>  0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>SIGNES PHYSIQUES :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne a t-elle des problèmes de santé nouveaux : perte d'autonomie, survenue d'un handicap ?</li> <li>• Présente t-elle des troubles du sommeil : insomnie, hypersomnie ?</li> <li>• A t-elle fait des chutes récemment ?</li> </ul>	<b>COTATION DE 0 À 3</b>  0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<b>DIMINUTION DES INITIATIVES :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne se désintéresse t-elle de tout ?</li> <li>• Est-elle sans courage, fatiguée sans motivation ?</li> <li>• Dit-elle qu'elle n'arrive plus à penser, se souvenir ?</li> <li>• Présente t-elle d'autres signes de baisse de l'initiative ?</li> </ul>	<b>COTATION DE 0 À 3</b>  0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>RISQUES LIES À L'HISTOIRE DE VIE DE LA PERSONNE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne a t-elle déjà souffert d'une dépression ?</li> <li>• A t-elle dans antécédents suicidaires (de plus de 6 mois) ?</li> <li>• A t-elle des problèmes d'alcoolisme ?</li> </ul>	<b>COTATION DE 0 À 3</b>  0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<b>CHANGEMENTS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a t-il eu une hospitalisation récente ?</li> <li>• La personne a t-elle subi des pertes financières ?</li> <li>• A t-elle perdu son logement ?</li> <li>• La situation personnelle a t-elle changée ? (retraite, divorce, voyage)</li> <li>• Y a t-il eu une mise sous protection juridique ?</li> <li>• Doit-elle renoncer à conduire ?</li> </ul>	<b>COTATION DE 0 À 3</b>  0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

**TOTAL DES COTATIONS : ..... / 24**

Annexe 1 : Grille d'évaluation de la détresse morale de Blond et coll : évaluation du risque.

sonne âgée dite autonome, ou d'autonomie relative. Faisant fondre les aptitudes à anticiper, la démotivation suscite de plus comme une résistance passive au changement, un frein à la participation au projet de soin, une protestation en demi-teinte. Lorsque la régression, à laquelle la démotivation participe, est interdite, comme c'est notamment le cas pour la personne âgée dite autonome dans la normalité du faux self<sup>(17)</sup>, le passage à l'acte suicidaire est un risque absolu en cas d'événement physique ou relationnel venant rompre le silence de la dépendance secrète. Ces données côtoient aussi la notion d'hopelessness chez l'adulte âgé et de façon plus générale le fait qu'une timidité rampante, de la honte ou une tendance à l'hypocondrie sont des traits de personnalité fréquemment

retrouvés dans le comportement suicidaire du sujet âgé<sup>(18)</sup>.

**D'un point de vue individuel, l'absence d'alternative** conduit à un acquiescement sans adhésion : c'est qu'on n'adhère pas à la pesanteur ; le refus anxieux du présent glauque naît de la peur du lendemain (handicap, deuil de personnes aimées à venir, mort...) et de la négation de la valeur du passé – « *J'ai raté ma vie* » – : il peut se manifester de manière abstraite et vide faute d'autre chose. La démotivation est le vécu de la mort annoncée du temps et peut donc à ce titre relever aussi d'un vécu dépressif authentique. Mais autant l'apathie fait se côtoyer démotivation et émoussement affectif, comme l'explicite Marin, autant la dépression associe paradoxalement hypersensibilité émotionnelle

et démotivation, notamment de par l'atteinte de la volonté que les choses s'améliorent. Or la démotivation est fréquente chez la personne âgée et passe volontiers inaperçue, ce qui explique qu'elle soit insuffisamment prise en compte. Elle peut survenir sur un terrain phobique, dépressif ou dementiel. La démotivation peut encore être regardée comme un mécanisme psychologique de défense. Elle est en cela un mécanisme actif, acquis et appris. Elle limite ou évite la douleur morale face à des désirs devenus douloureux car impossibles à satisfaire. Elle représente la conséquence d'un refus de remise en question de soi-même et une reculade devant les efforts de réinvestissement dans des réalités encore accessibles, ce qui dans le langage commun s'articule autour

→ de la notion « d'être rebuté ». Elle comporte trois versants : le refus de s'engager à nouveau dans la satisfaction de désirs encore possibles, interférant donc avec un processus de deuil, un renoncement à s'engager dans la lutte avec autrui et donc une recherche de satisfaction dans le repli sur soi, un refus de risquer l'image de soi dans l'avenir et une perte de l'anticipation désidérative. La démotivation est un refus d'aborder les crises incontournables, de changer de perspective dans de fréquentes situations de perte de confiance.

La dépression peut aussi prendre chez le sujet âgé fragile le masque d'une démotivation dans sa forme conative<sup>(19)</sup> et/ou précipiter un syndrome dysexécutif<sup>(20)</sup>.

### DÉPRESSION A FORME CONATIVE

Les dépressions à forme conative associent des troubles de la vie affective centrés sur la démotivation qui rend compte de la perte du plaisir à faire, de l'inutilité d'être, de l'insignifiance du lendemain, de la perte de l'habitude puis du goût d'entreprendre, du renoncement à anticiper. Il en résulte un désengagement affectif et relationnel avec, comme postulat cognitif central, l'idée négative suivante « *ce que je fais ne compte pas* ». Le « *à quoi bon* », dans cette situation, justifie de renoncer à l'effort d'entreprendre et à une dépréciation de l'action. D'où une négligence triple qui s'enchaîne : négligence envers autrui, négligence envers soi-même, négligence envers l'environnement (l'indifférence).

**Démotivation et isolement psychologique** sont bien mieux acceptés par les aidants que les comportements perturbants et que l'isolement qui aggrave les difficultés affectives et le repli sur soi qui facilite le désaprentissage.

Lorsque la dépression à forme conative s'associe à une régression, « le syndrome de la moule et du rocher » peut s'installer. La personne âgée s'accroche à l'institution, refusant toute velléité d'autonomisation qui faciliterait son retour à domicile.

En institution, la dépression se manifeste volontiers par un renoncement à exercer des choix, délégués alors à l'équipe soignante qui propose ou non, animation et projet de vie, plus ou moins bien articulés avec les souhaits de la famille. La dépendance induite sécurise le sujet âgé qui a peur d'affronter les risques d'un retour à domicile et qui cherche à « s'incruster » dans l'unité de soins. Il est possible de dépister cette forme clinique grâce à deux caractéristiques : la dimension abandonnique sous-jacente et le misonéisme, la phobie de la nouveauté.

### DÉPRESSION ET SYNDROME DYSEXÉCUTIF

De récents travaux de Cummings ont pointé l'importance du syndrome dysexécutif dans certaines formes de dépression qui s'accompagnent à terme de troubles cognitifs. Prendre au sérieux les troubles exécutifs dans la dépression revient à considérer la diminution générale de prise d'initiative, les difficultés à s'organiser, la tendance à se décourager qui se cristallise en démotivation, une certaine distractibilité, à se concentrer, mais aussi le ralentissement de la pensée et les difficultés de mobilisation de la pensée abstraite.

Les travaux d'Alexopoulos<sup>(21)</sup> permettent d'avancer que le syndrome dépressif-dysexécutif (SDD) se rencontre dans le grand âge. Il doit être évoqué quand les patients présentent des épisodes dépressifs majeurs, des troubles cognitifs fins, de la dépendance, et certaines caractéristiques de personnalité pathologique. Les malades avec un SDD ont parfois des traits paranoïaques et souffrent cliniquement de démotivation, d'une perte d'intérêt dans les activités et d'un ralentissement idéomoteur ou plutôt d'une lenteur d'initiation psychomotrice. La symptomatologie dépressive et tout particulièrement le retard à la mise en route au plan psychomoteur et la perte de l'intérêt dans les activités participent à la constitution du handicap des SDD.

La dépression avec syndrome dysexécutif est un peu plus, dans la définition qu'en donne Alexopoulos,

qu'une dépression avec quelques difficultés dans le domaine exécutif. Ce syndrome s'apparente au syndrome médio-frontal rapporté par Masterman et Cummings<sup>(22)</sup>. Le SDD est souvent résistant aux traitements antidépresseurs habituels et récidive fréquemment. Il n'est pas ou peu sensible aux antidépresseurs sérotoninergiques. En plus de la mauvaise réponse aux antidépresseurs, les dysfonctions exécutives ont été associées à un taux plus précoce de rechutes et de récurrences de la dépression tardive chez les patients âgés traités par nortriptyline<sup>(23)</sup>. Les fonctions exécutives sont elles aussi touchées et accompagnent le classique ralentissement psychomoteur. Il est important de prendre en compte l'atteinte exécutive car elle est également mise en cause par d'autres auteurs comme un élément favorisant le suicide notamment lorsque la dépression accompagne la maladie d'Alzheimer<sup>(24)</sup>. À la différence du trouble dysexécutif, ni les déficits mnésiques, ni le niveau de handicap, ni le fardeau médical, ni la qualité du support social, ni le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs n'influencent le cours de la dépression gériatrique<sup>(23)</sup>. Alexopoulos accorde une place particulière dans la thérapeutique de cette dépression avec déficits exécutifs aux anticholinesthésiques, aux agents dopaminergiques, notamment actifs sur le récepteur D 3 et enfin au Modafinil®.

### VOIES DÉTOURNÉES DE SUICIDE

Il importe toujours en psychogériatrie d'être attentifs à la clinique du quotidien du patient et de s'interroger sur son niveau d'activités ainsi que sur les atteintes de l'anticipation qui infléchissent cette activité vers un désinvestissement ou vers une issue qui pour n'être pas en tout point l'expression d'un passage à l'acte auto-agressif s'en rapproche toutefois dangereusement, au point qu'il est admis de parler d'équivalent suicidaire dans ce contexte.

Pour Macqueron<sup>(25)</sup>, le suicide pourrait être compris comme une mort « tout de suite là » ou l'équiva-

lent suicidaire serait perceptible comme une mort « demain peut-être ». Dans ce contexte, le problème du refus de soins semble central. C'est surtout le cas dans les maladies chroniques et on pense alors à l'hémodialysé chronique qui refuse le suivi ou au diabétique insulino-dépendant qui présente une surdose en insuline<sup>[25]</sup>.

Un peu comme avec la tentative de suicide, l'équivalent suicidaire de ce type peut être regardé comme un appel à la régression et le désir d'être materné. Ainsi les comportements à risque, répétitifs et de mise en danger de soi pourraient avoir comme objectif de rechercher inconsciemment une aide contenante : « *C'est justement cette sécurité dont a besoin le suicidant alors même qu'il est incapable de la ressentir à l'intérieur de lui-même et qu'il doit nécessairement la retrouver par une intervention extérieure* »<sup>[26]</sup>.

Pour les psychologues, l'équivalent suicidaire est une autodestruction intentionnelle dans un but conscient déguisé en accident : c'est le cas de certains accidents de la circulation notamment. Ceux-ci aboutissent d'ailleurs souvent à un « suicide indirect » réussi. Il peut s'agir d'accidents de la route, d'accidents domestiques.

Cette extinction des forces de vie pose aussi le problème chez le sujet âgé du syndrome de glissement.

Pour Ferrey toutefois, il est exagéré de porter le diagnostic de dépression dans tous les cas et il s'agirait d'un effondrement somatopsychique par perte de ce qui faisait sans doute sens dans la vie de la personne<sup>[27]</sup>. Pour M. Charazac, le syndrome de glissement est une « *forme passive du suicide du sujet âgé qui représente la voie la plus extrême de la dépression, sans agir violent* »<sup>[28]</sup>; cette définition est intéressante à mettre en lien avec la présentation de la régression psychomotrice telle que décrite par Delommier qui soulignait le poids de la démotivation dans sa genèse<sup>[29]</sup>. En effet M. Charazac note dans le syndrome de glissement l'importance du désinvestissement social total, de l'inhibition

psychique et physique envahissante et du triple refus, de nourriture, de soins et de parler.

### QUEL TRAITEMENT PROPOSER ?

L'attitude psychothérapeutique, favorisant la parole, maintient le patient âgé dans une dynamique de changement et lui permet de continuer à vivre. Elle n'est pas le fait exclusif du psychiatre, mais l'exercice d'une psychologie de la personne âgée qui appartient à la pratique du médecin de famille et de tout soignant formé en psychogériatrie. La connaissance préalable du malade, de sa famille, des changements dans l'environnement matériel ou humain, doivent éveiller l'attention du praticien sur un risque particulier vis-à-vis de son malade. Au-delà du dépistage, insistons sur la prise en charge de la dépression. Il a été montré de plus que l'association psychothérapie et traitement antidépresseur est la stratégie la plus efficace pour diminuer les facteurs de risque de suicide et réduire les idées suicidaires chez la personne âgée dépressive et ce quelque soit l'intensité de la dépression<sup>[30]</sup>.

Au moindre doute, il y aura donc lieu de tenter un traitement antidépresseur, notamment les antidépresseurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) : C'est en recherchant un « plus motivationnel » que seront utilisés les antidépresseurs d'action duale tels que les antidépresseurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) et les antidépresseurs noradrénergiques et sérotoninergiques spécifiques (NASSA). Leur posologie est à atteindre progressivement.

Il n'y a pas lieu, en revanche, de prescrire en première intention plus d'un antidépresseur à dose antidépressive lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.

### CONCLUSIONS. TRAITER POUR PRÉVENIR

Diagnostiquée, traitée, accompagnée en psychothérapie, la dépression n'est pas une fatalité et sa guérison reste possible, rendant au sujet

âgé son identité et la place familiale et sociale qu'il n'aurait jamais dû quitter. La mise en route d'une thérapie anti-dépressive doit être une décision essentielle et facile au moindre doute de dépression. Cela ne veut pas dire que sa prise en charge est facile mais il faut insister sur le fait qu'elle est souvent mal et insuffisamment traitée. La dépression de la personne âgée, qu'elle soit isolée ou associée à une maladie somatique doit être dépistée et traitée. L'individu âgé fonctionne en effet dans l'interactivité indissociable des trois pôles de la vie psychique : cognitif, affectif et conatif. Si le déficit cognitif lié à l'âge (*Mild Cognitive Impairment*) est maintenant reconnu comme une forme débutante de la maladie d'Alzheimer, une attention particulière doit être portée à la dépression de la personne âgée, surtout lorsqu'il existe une confusion ou des altérations de la cognition, tout risque d'évolution démentielle ultérieure n'étant pas définitivement écarté. ■



### RÉFÉRENCES

- (1) KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA. World report on violence and health. Genève ; 2002.
- (2) HAZIF-THOMAS C. "Conceptualisation de la crise suicidaire" in La crise suicidaire, ouvrage coordonné par P. Mazet et G. Darcourt. Paris ; 2002.
- (3) PRITCHARD C. Changes in elderly suicides in the USA and developpe world 1974-1987 : Comparison with current homicides. Intern J geriat psychiatry. 1992 ; 7 : 125-34.
- (4) ALEXOPOULOS GS. Geriatric Depression Reaches Maturity. Int J Geriatr psychiatr. 1992 ; 7 : 305-6.
- (5) BJORK JM, MOMENAN R, SMITH AR, HOMMER DW. Reduced posterior mesofrontal cortex activation by risky rewards in substance-dependent patients. Drug Alcohol Depend. 2008 May 1 ; 95 (1-2) : 115-28.
- (6) HAZIF-THOMAS C, THOMAS P, SUTTER J. Anticipation et motivation dans l'âge avancé. Ann Med Psychol. 1997 ; 55 : 517-22.
- (7) KALECHSTEIN AD, FONG T, ROSENTHAL RJ, DAVIS A, VANYO H, NEWTON TF. Pathological gamblers demonstrate frontal lobe impairment consistent with





## RÉFÉRENCES

that of methamphetamine-dependent individuals. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2007 Summer; 19 (3): 298-303.

**[8] LO COCO D, NACCI P.** Frontotemporal dementia presenting with pathological gambling. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004 Winter; 16 (1): 117-8.

**[9] JOLLANT F, BELLIVIER F, LEBOYER M, ASTRUC B, TORRES S, VERDIER R, ET AL.** Impaired decision making in suicide attempters. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb; 162 (2): 304-10.

**[10] HAZIF-THOMAS C, BOUCHÉ C, THOMAS P, PLOTON L.** Se confronter à l'hystérie du sujet âgé. *Nervure*. 2008; XXI (2): 8-17.

**[11] MARIN RS, FOGEL BS, HAWKINS J, DUFFY J, KRUPP B.** Apathy: a treatable syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1995; 7 (1): 23-30.

**[12] LÉVINAS E.** De Dieu qui vient à l'Idée. Librairie philosophique J Vrin, Paris. 1992:134.

**[13] DURKHEIM E.** Le suicide. Paris; 1999 pour la dixième édition.

**[14] BLOND JC, DITER L, MOLINA L, A R-M, PLOTON L.** La prise en charge des personnes âgées par le secteur psychiatrique.

*Gérontologie et Société*. 1999; 80 (11): 167-81.

**[15] COMPTE-SPONVILLE A.** Impromptus; 1996.

**[16] DECANDIN C.** Le suicide : impasse et manque. *Psychol Med*. 1994; 26 (11): 1122-4.

**[17] CHARAZAC P.** Sur le renforcement tardif du faux-self chez certains vieillards. *Psychanalyse à l'université*. 1992; 17 (67): 65-74.

**[18] CONWEEL Y.** Management of suicidal behavior in the elderly. *The psychiatric clinics of north america*. 1997; 20 (3): 667-83.

**[19] HAZIF-THOMAS C, THOMAS P.** Dépression de la personne âgée : des tableaux cliniques souvent atypiques. *La Revue de Gériatrie*. 1998; 23 (5): 335-43.

**[20] HAZIF THOMAS C, REBER G, BONVALOT T, THOMAS P.** Syndrome dysexécutif et dépression tardive. *Annales Médico-Psychologiques*. 2005; 163 : 569-76.

**[21] ALEXOPOULOS GS.** The depression-executive dysfunction syndrome of late life": a specific target for D3 agonists? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001; 9 (1): 22-9.

**[22] MASTERMAN DL, CUMMINGS JL.** Fron-

tal-subcortical circuits : the anatomic basis of executive, social and motivated behaviors. *J Psychopharmacol*. 1997; 11 (2): 107-14.

**[23] SADOCK BJ, A SV.** Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. New York; 2004.

**[24] ROHDE K, PESKIND ER, A RM.** Suicide in two patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1995; 43 (2): 187-9.

**[25] MACQUERON G, EUDIER F, BADICHE A.** Répétition et équivalents suicidaires. *La revue Française de psychiatrie et de psychologie médicale*. 1998; 15:22-5.

**[26] OLIVARES JM.** Décris moi un suicidant. *Psychol Med*. 1994; 26 (Spec 11): 1112-4.

**[27] FERREY G.** Le syndrome de glissement. *JIM*. 1994; 300: 63-6.

**[28] CHARAZAC-BRUNEL M.** Prévenir le suicide. Paris; 2002.

**[29] DELOMMIER Y, FAURE JU.** Le syndrome de glissement. *La Revue de Gériatrie*. 1978; 6 : 287-96.

**[30] LOCKWOOD KA, ALEXOPOULOS GS, VAN GORP WG.** Executive dysfunction in geriatric depression. *Am J Psychiatry*. 2002 Jul; 159 (7): 1119-26.



EDITIONS

WWW.EDITIONSMF.COM

8 RUE TRONCHET\_ 75008 PARIS\_TÉL. : 01 40 07 11 21