

Idées de mort chez la personne âgée: différencier le « normal » du pathologique

Dr Sarah Hugot

Psychiatre

Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé

Plan

- Contexte
- Evaluation clinique
- Epidémiologie
- Situations cliniques
- Prises en charge

Contexte

- Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé
- CHU Purpan
- Services de médecine et chirurgie
- Demandes régulières concernant des idées noires ou suicidaires verbalisés par des patients dans les services de soins
- Inquiétude des équipes soignantes qui les prennent en charge

Proposition de définition

- **Idées noires:**

- pas d'intentionnalité suicidaire: pas d'intention de provoquer sa mort
- Idées de mort sans volonté de passage à l'acte (« si je ne me réveillais pas demain... »)
- « ruminations mentales » en psychologie

- **Idées suicidaires:**

- Intentionnalité de mettre fin ses jours
- Scénarisées ou non
- « actives » ou « passives »

Evaluation clinique

Objectif de l'évaluation psychiatrique

- Comprendre le contexte de survenue: perte d'autonomie, douleurs, hospitalisation, (confusion),...
- Comprendre la demande du patient: Appel à l'aide (mobilisation de l'entourage...)? Demande d'arrêt des soins (sensation d'acharnement thérapeutique)? Ou réelle intentionnalité suicidaire? ...
- Chercher une pathologie psychiatrique ++ : dépression, trouble anxieux,...?
- Evaluer le risque suicidaire

L'entretien

- Au calme, dans une chambre seule ou un bureau, en petit comité
- Etablir une relation de confiance avec la patient
- Expliquer pourquoi nous intervenons (avoir bien fait le point avec l'équipe soignante sur le motif de consultation)
- Rechercher des symptômes thymiques (dépression? Trouble de l'adaptation?), anxieux ou délirants
- Rechercher les idées noires et suicidaires par des question simples

Evaluation

- Motif d'Hospitalisation:
 - tentative de suicide/ idées suicidaires?
 - autres: maintien à domicile difficile? pathologie organique aigu? pathologie organique chronique? hospitalisations itératives?...
- Antécédents psychiatriques personnels et familiaux: antécédents de TS, de dépression, antécédents de suicide ou TS dans la famille
- Mode de vie: domicile (isolement social?), institution, aides...
- Troubles cognitifs connu? Maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, maladie de Parkinson....
- Consommation de toxiques: alcool

Evaluation du risque suicidaire chez la PA

- Comme chez le jeune: RUD (Risque-Urgence-Dangerosité)
- Risque:
 - Facteurs de risques primaires: trouble psychiatrique, antécédents personnels ou familiaux de TS ou suicide, impulsivité
 - Facteurs de risques secondaires: isolement social, difficultés financières, événements de vie négatifs (deuils...)
 - Facteurs de risques tertiaires: sexe masculin, âge, périodes à risque (fêtes, anniversaires...)
- Urgence: fréquences des IDS, leurs durées, présence d'un scénario
- Dangerosité: accessibilité et létalité du moyen envisagé
- Attention à l'isolement, à la perte d'autonomie (objective ou subjective)...
→ facteurs précipitants
- Rechercher les facteurs protecteurs: entourage, religion....

Epidémiologie du suicide chez la personne âgée

Données INSEE (2011)

- Population à haut risque suicidaire: 28 % des suicidés en France ont + de 65 ans
- Taux de suicide augmente avec l'âge après 75 ans, ++ chez les hommes (ratio de 5/1 après 75 ans)

Tranche d'âge	Taux de suicide / 100 000 habitants
15 – 24 ans	6.4
25 – 34 ans	12.2
35 – 44 ans	20.9
45 – 54 ans	26.4
55 – 64 ans	22.3
65 – 74 ans	20.6
75 – 84 ans	29.6
85 – 94 ans	40.3

Fragilité de la personne âgée

- Le sujet âgé suicidaire est souvent **très déterminé** et **fragile** sur la plan organique
=> Donc:
 - > **65 ans**: ratio tentative de suicide / suicide = **4/1**
 - < 25 ans: ratio tentative de suicide/ suicide = 200/1
- Pathologie psychiatrique retrouvée dans 71 à 95 % des cas de suicide (dépression ++)

Principales situations cliniques rencontrées

- Trouble de l'adaptation
- Episode dépressif caractérisé
- Troubles cognitifs
- IDS existentielles

Trouble de l'adaptation

- Troubles comportant des symptômes anxieux ou dépressifs
- Réactionnels à un facteur de stress et survenant dans les 3 mois suivant celui-ci
- Ne persistent pas plus de 6 mois après disparition du facteur de stress
- Fréquent chez la personne âgée car population avec nombreux facteurs de stress possibles: contexte d'hospitalisation, perte d'autonomie, isolement socio-familial, maladies chroniques...
- Symptômes aspécifiques pouvant comporter des idées noires voire suicidaires
- A différencier d'un trouble anxieux ou d'un épisode dépressif caractérisé
- → Soutien psychologique et prévention d'un passage à l'acte suicidaire

Episode dépressif caractérisé (EDC)

- Pensées de mort et idées suicidaires font partie des critères diagnostics de la dépression selon le DSM V (mais ne sont pas forcément présents)
- 2 impératifs:
 - Lorsqu'on évalue un patient présentant des idées noires ou suicidaires: TOUJOURS rechercher un épisode dépressif
 - Lorsqu'on diagnostique un EDC: TOUJOURS rechercher des idées suicidaires
- EDC peut altérer le jugement du patient déprimé → idées suicidaires à considérer comme pathologiques: traitement et prévention du risque suicidaire (+/- hospitalisation)

Idées noires et suicidaires dans le cadre de troubles cognitifs

- Souvent fluctuant
- Difficilement prévisible (raptus anxieux?)
- Evaluation difficile (troubles mnésiques)
- Rechercher un syndrome dépressif, une anxiété invalidante ++, des idées délirantes
- Risque suicidaire majeur:
 - en début de maladie (préservation de l'insight et des capacités): risque maximal dans l'année suivant le diagnostic de la démence
 - chez les patients jeunes
- Mesures préventives ++
- Psychotrope?

Tentatives de suicide ou idées suicidaires « existentielles »

- Pas de dépression ou d'autres troubles psychiatriques explicatifs
- Question philosophique: décision murement réfléchie, choix conscient et volontaire, souvent exposée à l'entourage
- Question sociologique: difficultés croissante à être vieux dans notre société (place de la personne âgée)
- Dans la pratique médicale:
 - Suicide apparaissant comme un comportement pathologique et non un acte « rationnel » ou « de liberté »
 - Suicide existentiel ou philosophique: perçu comme la rationalisation d'un processus pathologique sous-jacent
- Prise en charge:
 - Psychotrope? Pas d'intérêt si pas de trouble à traiter...
 - Soutien: mettre en place des aides, favoriser l'entourage, la présence humaine... Parfois institutionnalisation
 - Traiter les comorbidités ++ : facteurs de perte d'autonomie (par exemple trouble de la marche), douleurs, asthénie...

Pistes de prise en charge

Prises en charge

- A adapter à la situation
- Soutien psychologique souvent: expression des émotions, comprendre les facteurs qui ont menés à la crise, trouver d'autres stratégies d'adaptation...
- Mesures préventives ++: *bloquer les fenêtres, enlever les cordons, fils, ceintures, surveiller la prise des médicaments, pas de médicaments en libre service dans la chambre, passage régulier, laisser la porte de la chambre ouverte....*
- Psychotropes si nécessaire:
 - Anxiolytique lors de la crise si nécessaire, -
 - Antidépresseur si épisode dépressif caractérisé ou trouble anxieux
 - ...
- Hospitalisation en milieu psychiatrique: risque suicidaire important, EDC sévère...

Conclusion

- Population âgée = population à fort risque suicidaire
- Des situations variées...
- Importance de l'évaluation clinique: Risque suicidaire?
Pathologie psychiatrique?
- Réponse thérapeutique adaptée au cas par cas

...Pour les intéressés: Cas cliniques en atelier...

Merci de votre attention