

Suicide chez les personnes âgées

Suicide attempt in the elderly

Natalia SHPAK¹, Jean-Paul BERTHET², Francis EUDIER³

RÉSUMÉ

Objectifs : Analyser les causes de suicide chez les personnes âgées (PA). Proposer des améliorations de la prise en charge préventive.

Matériel et méthodes : Étude rétrospective des dossiers de 67 personnes de plus de 65 ans admises aux urgences du CHU de Rennes pour une tentative de suicide (TS) du 01.01.2011 au 31.12.2011.

Résultats : 72 TS de PA (4,4 % des TS tous patients confondus), 5,9 % ont récidivé dans l'année, 1,6 % - 2 fois. 2 fois plus d'antécédents psychiatriques chez les PA de 65-74 ans (groupe 1) que de 75 ans et plus (groupe 2). Les moyens utilisés dans le groupe 2 sont plus violents, plus de patients du groupe 2 expliquent leur geste.

Discussion : Des caractéristiques spécifiques des TS des PA sont présentes chez les patients du groupe 1. Leur geste est souvent causé par des dysfonctionnements banals du quotidien et par des problèmes somatiques curables. Dans le groupe 1 les TS ont les mêmes caractéristiques que dans la population des adultes jeunes.

Nous proposons d'appeler systématiquement l'équipe mobile gériatrique aux urgences pour les PA dépendantes et ayant des comorbidités somatiques. L'orientation post urgences doit se faire vers les services psycho-gériatriques.

Conclusion : Les TS réalisées par les PA de 75 ans et plus ont des particularités. Leur prise en charge aux urgences et après doit être spécifique. La prévention des récurrences ne peut avoir de succès que si tous les aspects de la personne sont pris en compte dès les urgences : l'état psychiatrique, l'état somatique, la dépendance, les conditions de vie. La collaboration des psychiatres et des gériatres est nécessaire.

Mots clés : Suicide - Personne âgée - Prise en charge aux urgences - Equipe mobile gériatrique

SUMMARY

Objectives: To analyze the emergency management of the suicidal elderly patients. To suggest the improvements.

Materials and methods: Retrospective review of medical records of 67 people over 65 years old admitted in emergency service of University Hospital of Rennes for suicide attempt (SA) from 01.01.2011 to 12.31.2011.

Results: 72 SA of elderly patients (4.4% of all SA), 5.9% relapsed in the year, 1.6% - twice.

Twice less of psychiatric comorbidity in patients of over 75 years old. The methods used by them are more violent, more patients explain their actions than the patients of 65-74 years old.

Discussion: The specific characteristics of SA are present in patients of over 75 years old. Their action is often caused by banal everyday problems and curable diseases. SA of patients of 65-74 have the same characteristics as in the young adult population.

We propose to call systematically a geriatric emergency mobile team for suicidal elderly patients dependent and with somatic comorbidities. The post emergency orientation should be towards the psycho-geriatric services.

Conclusion: SA made by patients of over 75 years old have some particularities. Their medical care in emergencies and after must be specific. Relapse prevention can be successful if all aspects of the person are taken into account from emergencies: psychiatric condition, somatic state, dependency, living conditions. The collaboration between psychiatrists and geriatricians is necessary.

Rev Geriatr 2015 ; 40 (5) : 271-8.

Keywords: Suicide - Elderly - Emergency management - Geriatric mobile team

1 Pôle Personnes Agées, CH Guillaume Régnier, 108 avenue Général Leclerc, B.P. 60321, 35703 Rennes Cedex 7, France.

2 Psychiatre libéral, 3 rue de Corbin, 35000 Rennes, France.

3 Service de Psychiatrie, CHU Rennes, 2 rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 9, France.

Auteur correspondant : Docteur Natalia Shpak-Deschamps, Chef de Pôle Personnes Agées, Centre Hospitalier Guillaume Régnier, 108 avenue du Général Leclerc, B.P. 60321, 35703 Rennes Cedex 7, France.

Courriel : n.shpak@ch-guillaumeregnier.fr

INTRODUCTION

Le terme « suicide » a été créé en 1732 par l'abbé Desfontaines. Le synonyme « autolyse » peut également être utilisé⁽¹⁾.

L'étude épidémiologique du suicide chez le sujet âgé rencontre beaucoup de difficultés. Les chiffres officiels de suicide sous-estiment la fréquence réelle des morts^(2, 3).

Actuellement en France, 28 % des suicidés ont plus de 65 ans, alors qu'ils ne représentent que 16 % de la population générale⁽⁴⁾. C'est un problème de santé publique⁽⁵⁾, d'autant plus que le taux de suicides aboutis croît avec l'âge^(1, 6, 7). Aujourd'hui le taux de décès français par suicide est plus élevé que celui des pays européens occidentaux⁽⁸⁾.

La mort par suicide détruit bien au-delà de la personne disparue. Ce sont tous les proches qui en sont atteints. Les effets du suicide de la personne âgée sur les enfants adultes, les petits-enfants adolescents et même sur les générations suivantes peuvent être graves⁽²⁾. Le coût humain et social de cette mortalité est important⁽⁹⁾.

Dans ce travail nous étudions les modalités actuelles de la prise en charge des personnes âgées suicidantes aux urgences du CHU de Rennes. Nous analysons la population accueillie et les orientations thérapeutiques mises en place.

Nous proposons quelques réflexions sur l'amélioration de la prise en charge des patients âgés aux urgences.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective des dossiers médicaux informatisés de 67 personnes de plus de 65 ans admises aux urgences du CHU de Rennes pour une tentative d'autolyse du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011. Nous avons interrogé les médecins urgentistes et psychiatres qui interviennent au Service d'accueil d'urgence. Et nous avons également consulté les procédures écrites existantes concernant la prise en charge des personnes âgées suicidantes aux urgences.

RÉSULTATS

Du 01.01.2011 au 31.12.2011, 67 personnes âgées de 65 à 90 ans (âge moyen 77 ans) ont été prises en charge aux urgences du CHU pour une ou plusieurs tentative(s) de suicide. Il y avait 51 femmes et 16 hommes.

Le nombre total des tentatives de suicide des personnes âgées dans cette période de temps était de 72, ce qui représente 4,4 % des tentatives de suicide tous patients confondus pris en charge aux urgences du CHU en 2011.

5,9 % des personnes âgées ont récidivé dans l'année. 1,6 % ont récidivé 2 fois.

DISCUSSION

Particularités de suicide chez les personnes âgées

Après 60 ans, les facteurs de risque de suicide chez les hommes et les femmes convergent⁽¹⁰⁾.

En 2001, les chiffres du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès comptent près de deux fois et demie plus de suicides d'hommes que de femmes parmi les sujets âgés de plus de 60 ans. Les taux augmentent à partir de 65 ans et progressent de manière régulière jusqu'à 85 ans et au-delà^(11, 12). L'âge le plus critique se situe entre 85 et 89 ans⁽¹³⁾.

Jalenques I *et al.*⁽¹³⁾, et Conwell Y *et al.*⁽¹⁴⁾ notent une association (57 % de patients) avec une maladie physique chez les personnes âgées suicidaires, ainsi que l'absence fréquente de troubles psychiatriques connus. Les conditions socio-économiques et l'isolement jouent un rôle important dans la décision de passage à l'acte chez ces patients. La sensation de perte d'un être cher peut engendrer des épisodes dépressifs majeurs susceptibles de conduire au suicide⁽¹⁰⁾. Le veuvage chez les hommes est un facteur de risque de suicide plus important que chez les femmes⁽¹⁵⁾.

Chez les personnes âgées, il existe plus fréquemment que chez les jeunes des formes particulières de suicide : suicide altruiste, pour soulager le conjoint ou suicide à deux⁽¹⁵⁾.

Les actes d'autolyse des sujets âgés ont un caractère préparé et réfléchi, rarement impulsif. Les moyens utilisés sont violents : défenestration, pendaison, noyade, arme à feu. Le taux de « réussite » est élevé^(7, 16, 17). Passé 65 ans, le rapport entre tentative de suicide et mort par suicide est de pratiquement une tentative pour un suicide masculin et trois tentatives pour un suicide féminin⁽¹⁸⁾. Les tentatives de suicide entraînent des hospitalisations somatiques et psychiatriques plus ou moins prolongées⁽¹⁹⁾.

Les récurrences des tentatives de suicide chez les personnes âgées sont plus rares que chez les personnes jeunes⁽²⁰⁾. Les facteurs de risque de récurrences sont l'environnement, le nombre de tentatives de suicide déjà réalisées et les antécédents de pathologie psychiatrique^(1, 21, 22).

Richard J *et al.*⁽¹⁶⁾ soulignent un rôle protecteur des croyances religieuses dans les passages à l'acte avérés.

Les comportements à valeur suicidaire sont également fréquents chez les personnes âgées et peuvent être un signe de dépression associée^(6, 16).

Dans nos observations (*Tableau 1*), la proportion d'hommes mariés vivant en concubinage (56,1 %) est plus importante que chez les femmes (42,9 %). Les hommes seuls (veufs, séparés ou célibataires) représentent 43,9 %, les femmes 56,9 %.

Le taux de personnes ayant un entourage familial est presque égal chez les hommes et chez les femmes (62,5 % et 60,8 %). Mais les conflits familiaux sont plus fréquents

Tableau 1 : Données démographiques.

Table 1: Demographic data.

Données démographiques	Effectifs
Lieu de vie	Effectifs
Domicile	60
Maison de retraite	4
EHPAD	3
Niveau d'études	
Bac ou équivalent	3
< bac	12
> bac	4
Pas d'information	48
Profession précédente	
IDE	3
Secrétaire	2
Agriculteur	2
Autre	12
Pas d'information	48

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
IDE : Infirmière diplômée d'état.

	Hommes	Femmes
Etat civil		
Marié	9	20
Veuf	4	18
Divorcé	1	6
Célibataire	1	3
En instance de divorce	1	0
Séparé	0	2
Concubinage	0	2
Présence de famille proche	10	31
Conflits familiaux	4	20
Prise en charge médical antérieure		
Médecin traitant	10	13
Psychiatre	3	32
Pas d'information	3	6

chez les femmes : 64,5 % contre 40,0 % chez les hommes. La majorité des personnes âgées vit à domicile. C'est le lieu le plus fréquent de suicide des personnes âgées, plutôt que l'institution^(2, 23, 24). Chez les personnes vivant en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), on compte plus d'équivalents suicidaires, comme le refus d'alimentation et de soins ou l'arrêt du traitement vital, que de tentatives de suicide actives. La dépendance plus importante de ces personnes peut expliquer leurs difficultés à passer à l'acte⁽⁶⁾.

Nous avons retrouvé plus d'informations chez les hommes (presque toujours) que chez les femmes (presque jamais) sur le niveau d'études et la profession précédente. Les antécédents somatiques les plus fréquents (Tableau 2) sont cardiovasculaires, endocrinologiques, digestifs et les maladies de l'appareil locomoteur. Mais les pathologies d'autres systèmes s'accompagnent souvent de douleurs importantes (ulcère cutané) ou de difficultés majeures au quotidien (dialyse). Au total, il y avait 71 formes nosographiques d'antécédents médicaux et chirurgicaux.

18 % des patients n'avaient aucun antécédent psychiatrique, tandis que chez 82 %, nous avons noté : une dépression (ou syndrome anxio-dépressif) chez 53,8 % ; des tentatives de suicide antérieures chez 37,4%, dont un peu moins de la moitié (44,0 %) sont passés à l'acte plusieurs fois. Selon Heisel MJ *et al.*⁽²⁵⁾, la dépression est l'affection psychiatrique la plus fréquente chez les personnes âgées suicidantes. La maladie d'Alzheimer a été soupçonnée (mais pas confirmée) chez 1,5 % des personnes.

Les femmes sont plus souvent suivies par un psychiatre (62,7 %) que les hommes (18,8 %).

Dans les explications du geste (Tableau 3), les hommes évoquent plus souvent des problèmes somatiques, des douleurs et des difficultés financières. Les causes spécifiques notées chez les hommes sont l'impuissance, le placement dans une institution, un régime alimentaire strict.

Les femmes parlent plutôt d'anxiété et de sensation de solitude. Les causes spécifiques de tentative de suicide chez les femmes sont les conflits avec l'entourage, « l'appel au secours » et les modifications physiques en lien avec le vieillissement.

En ce qui concerne les moyens utilisés (Tableau 4), chez les femmes prédomine l'ingestion médicamenteuse volontaire : 71,4 %, contre 37,5 % chez les hommes. Les moyens violents comme pendaison, noyade, phlébotomie jugulaire, arme à feu sont notés principalement chez les hommes.

Chez 68,8 % des hommes et 80,4 % des femmes, il n'y avait pas de conséquences médicales du geste. Mais la prise en charge sociale, psychologique, voire psychiatrique soutenue était nécessaire (Tableau 5).

Nos observations correspondent globalement aux données de la littérature. Par contre, en étudiant les résultats des

Tableau 2 : Antécédents médicaux.

Table 2: Medical history.

Antécédents somatiques	
Pathologie cardiovasculaire	54
Pathologie endocrinologique	28
Pathologie de l'appareil locomoteur	27
Pathologie digestive (médicale et chirurgicale)	27
Pathologie cancéreuse	17
Pathologie uro-néphrologique (médicale et chirurgicale)	9
Pathologie neurologique	8
Pathologie respiratoire	6
Pathologie ophtalmologique	4
Pathologie hématologique	4
Pathologie infectieuse	3
Pathologie cutanée	2
Antécédents psychiatriques	
Aucun	12
Dépression	31
Tentative de suicide unique	14
Tentatives de suicide > 2 (maximum 10 passages à l'acte)	11
Trouble bipolaire	9
Alcoolisme	7
Syndrome anxio-dépressif	5
Troubles de personnalité	3
Anxiété généralisée	2
Psychose	1
Antécédents familiaux	
Décès d'un ou plusieurs enfants (maladies, accidents)	4
Décès d'un enfant par suicide	1
Suicide dans la fratrie	1
Pathologie psychiatrique chez les enfants	4
Pas d'information	57

Tableau 3 : Explication de raison de tentative de suicide.

Table 3: Explanation of reason of suicide attempt.

Explication du geste par les personnes âgées suicidantes		
	Hommes	Femmes
Problème somatique	6	8
Douleur	4	2
Impuissance	1	0
Insomnie	1	1
Angoisse	1	6
Idée d'incurabilité	0	1
Douleur morale	0	4
« Appel au secours »	0	1
Solitude	2	9
Séparation récente	2	0
Placement dans une institution	1	0
Conflit avec l'entourage	3	18
« Poids » pour le conjoint	1	0
Difficultés financières	1	2
Régime alimentaire strict	1	0
Vieillesse	0	1
Pas d'explication	1	10

observations, nous avons constaté des différences importantes entre les groupes des personnes âgées de 65-74 ans (groupe N°1) et de 75 ans et plus (groupe N°2) (Tableau 6). A noter que la gériatrie s'adresse principalement aux personnes âgées de 75 ans et plus, même si on parle de sujets âgés (troisième âge) à partir de 65 ans (OMS) ou de l'âge légal de la retraite.

Dans la littérature nous avons trouvé une seule étude (SHAH A, 2009)⁽²⁶⁾ qui ne considère pas les personnes âgées de plus de 60 ans comme un groupe homogène.

Anguis M *et al.* attirent l'attention sur les comportements caractéristiques des générations qui composent la population à un moment donné, comme facteur de risque de suicide⁽¹¹⁾. Les générations de l'entre-deux-guerres présentent une propension relativement faible au suicide alors que celles nées après 1945, les générations du « baby-boom », semblent y être nettement plus sujettes. La tendance « spontanée » pourrait donc être due à une hausse

Tableau 4 : Moyens utilisés.

Table 4: Way of suicide attempt.

Moyens utilisés		
	Hommes	Femmes
Ingestion médicamenteuse volontaire (IMV)	6	41
IMV + alcool	3	4
IMV + phlébotomie	0	1
Phlébotomie	0	4
Phlébotomie jugulaire	1	0
Arme à feu	1	0
Noyade	2	2
Pendaison	2	2
Injection d'insuline	1	0
Arme blanche	0	1
Ingestion d'eau de Javel	0	1
Ingestion de taupicide	0	1

Tableau 5 : Conséquences médicales de tentative de suicide.

Table 5: Medical consequences of suicide attempt.

Conséquences médicales du geste		
	Hommes	Femmes
Plaie	2	4
Altération de l'état général	1	1
Saignement extériorisé	1	0
Choc hémorragique	1	0
Cytolyse hépatique	0	1
Hypothermie	0	1
Hématome	0	1
Poussée d'insuffisance cardiaque	0	1
Passage en réanimation, intubation	0	1
Pas de conséquences somatiques	11	45

potentielle des taux de suicide, avec le vieillissement des générations nées dans l'après-guerre.

Cet effet de génération rend compte de différences durables de comportement entre les cohortes de naissance, dont les individus qui les composent ont vécu aux mêmes âges les mêmes événements temporels (guerre, crise économique), ou

ont incorporé des systèmes de valeurs caractéristiques, acquis pendant leur jeunesse, et qui perdurent tout au long de leur vie. En ce qui concerne nos observations aux urgences du CHU de Rennes, 11,1 % des personnes de groupe 1 n'ont aucun antécédent psychiatrique. Dans le groupe 2 ce chiffre est de 25,8 %.

La dépression est présente chez 61,1 % des personnes dans le groupe 1 contre 45,2 % dans le groupe 2.

Le taux des tentatives d'autolyse antérieures est de 44,2 % (dont plusieurs chez 50 % des patients) dans le groupe 1. Dans le groupe 2 ce chiffre est de 29,1 % (dont 33,3 % de récurrences multiples).

Dans le groupe 1 on constate des troubles bipolaires chez 19,4 % (5,5 % dans le groupe 2) et 2,8 % de psychoses (absence dans le groupe 2).

75,0 % des personnes du groupe 1 ont ingéré des médicaments (61,3 % dans le groupe 2) ; 13,9 % - des médicaments avec de l'alcool (9,7 % dans le groupe 2).

Shah A⁽²⁶⁾ indique que chez les personnes âgées de 75 ans et plus le choix des médicaments à but suicidaire se portait surtout sur les analgésiques non-opioïdes, antipyrétiques et AINS. Les personnes âgées de 60 à 74 ans prenaient les médicaments psychotropes associés à l'alcool.

Les moyens violents sont plus fréquemment utilisés dans le groupe 2 : noyade 9,7 % (2,8 % dans le groupe 1), pendaison 12,4 % (5,6 % dans le groupe 1), phlébotomie 12,9 % (2,8 % dans le groupe 1).

Les personnes du groupe 2 ont pratiqué la phlébotomie jugulaire (3,2 %) et l'injection d'insuline (3,2 %), procédés non utilisés chez les moins de 75 ans (groupe 1).

12,9 % des personnes du groupe 2 ne donnent pas d'explication à leur geste et 25 % dans le groupe 1.

Les problèmes somatiques sont évoqués par 32,2 % des patients du groupe 2 et 11,2 % du groupe 1 ; la douleur par 16,1 % des personnes du groupe 2 et 2,8 % du groupe 1. Chez les plus âgés seulement (groupe 2), on note des motifs de tentative de suicide spécifiques comme être un « poids » pour le conjoint (3,2 %), le placement dans une institution (3,2 %), un régime alimentaire strict (3,2 %).

Ces observations montrent que des caractéristiques spécifiques des tentatives de suicide chez les personnes âgées sont présentes chez les patients du groupe 2 (75 ans et plus). Dans le groupe 1 on note une pathologie psychiatrique connue et suivie dans le milieu psychiatrique. Les tentatives d'autolyse ont les mêmes caractéristiques que dans la population des adultes jeunes.

Le rôle du service des urgences dans la prise en charge des personnes âgées suicidantes

En France, les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'enregistrement systématique et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé ou a

Tableau 6 : Caractéristiques de tentatives de suicide en fonction de l'âge.

Table 6: Suicide attempts characteristics according to age.

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES		MOYENS UTILISES		EXPLICATION DU GESTE	
Groupe 1 65 à 74 ans	Groupe 2 ≥ 75 ans	Groupe 1 65 à 74 ans	Groupe 2 ≥ 75 ans	Groupe 1 65 à 74 ans	Groupe 2 ≥ 75 ans
Pas d'antécédent psychiatrique : 11,1 % Dépression 61,1 % TS antérieures : 44,2 % (plusieurs chez 50 %) Troubles bipolaires : 19,4 % Psychoses : 2,8 %	Pas d'antécédent psychiatrique : 25,8 % Dépression 45,2 % TS antérieures : 29,1 % (plusieurs chez 33,3 %) Troubles bipolaires : 5,5 % Psychoses : 0 %	IMV : 75 % IMV + alcool 13,9 % Noyade : 2,8 % Pendaison : 5 % Phlébotomie : 2,8 %	IMV : 61,3 % IMV + alcool 9,7 % Noyade : 9,7 % Pendaison : 12,4 % Phlébotomie : 12,9 % Phlébotomie jugulaire : 3,2 % Injection d'insuline : 3,2 %	Pas d'explication du geste : 25 % Problèmes somatiques : 11,2 % Douleur : 2,8 %	Pas d'explication du geste : 12,9 % Problèmes somatiques : 32,2 % Douleur : 16,1 % Motifs spécifiques : - être un poids pour le conjoint (3,2 %) ; - placement dans une institution (3,2 %) ; - régime alimentaire strict (3,2 %)

seulement séjourné au service des urgences d'un hôpital⁽¹²⁾. Selon M. Debout⁽¹⁸⁾, 100 % des personnes âgées arrivées aux urgences restent en vie. D'où l'importance de la prise en charge rapide et efficace afin de leur permettre de survivre à leur acte, d'en rechercher le sens et en prévenir la répétition, d'améliorer leur réinsertion dans leur milieu de vie.

Les services des urgences prennent en charge les suicides non aboutis. C'est le premier lieu d'accueil de la personne âgée qui est passée à l'acte. Son rôle est donc incontournable dans la prise en charge globale des patients âgés et dans leur pronostic à court, moyen et relativement long terme^(27, 28).

La prise en charge des personnes âgées suicidantes aux urgences comporte le traitement médical et l'évaluation psychiatrique.

Le rapport du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD) « Prévention du suicide chez les personnes âgées », qui depuis 2013 est un document de référence, propose des réflexions et des mesures autour des actes d'autolyse⁽²⁹⁾. Aux urgences il s'agit de prévention tertiaire, qui consiste à éviter les récives et à assurer la réadaptation. Le soin somatique est insuffisant. Le risque est de disqualifier un geste suicidaire, ce qui peut amener le sujet à le répéter de manière plus violente⁽¹⁸⁾.

Les suicidants âgés présentent une vulnérabilité médicopsychiatrique qui persiste après leur acte suicidaire. Le risque suicidaire serait maximal au cours des cinq années suivant le passage à l'acte initial⁽⁶⁾. Pour une personne âgée ce risque peut demeurer pour tout le reste de sa vie. Une approche multimodale doit être entreprise associant compassion,

intervention psychosociale et psychiatrique, traitement médical⁽³⁰⁾.

C'est en quelques heures qu'il faut apprécier la situation, rencontrer les proches et proposer une suite.

Le premier rôle de l'équipe psychiatrique est d'évaluer le risque de répétition du geste et surtout de répétition mortelle.

Cette démarche est encore plus compliquée pour les personnes âgées compte tenu de leur dépendance éventuelle et de leur fragilité somatique et psychologique⁽³¹⁾.

A ce jour, aux urgences du CHU de Rennes il n'existe pas de procédure spécifique aux personnes âgées suicidantes.

La prise en charge initiale des tentatives de suicide est double : par le médecin urgentiste et par l'Infirmière diplômée d'état (IDE) psychiatrique.

Le rôle de l'IDE psychiatrique est de réaliser un entretien d'accueil de la personne et surtout d'interroger sa famille au sujet des antécédents, du mode de vie et des habitudes du patient. L'IDE assure également la surveillance clinique de la personne.

Quelques heures plus tard, ou plus souvent le lendemain matin, la personne est vue par un médecin psychiatre accompagné par l'IDE psychiatrique. Si l'état du suicidant est grave du point de vue somatique et qu'il nécessite une hospitalisation dans un autre service, cette consultation sera réalisée dans un second temps par un psychiatre de liaison. A l'issue de la consultation, souvent suivie d'un entretien avec l'entourage du patient, le psychiatre prend une décision d'orientation.

Dans nos observations, un appel à l'équipe mobile de gériatrie a été fait dans 4,2 % des cas et uniquement chez les personnes de plus de 75 ans (groupe 2). Ces dossiers

médicaux sont davantage renseignés sur les conditions de vie de la personne, ses habitudes et sa dépendance, ce qui facilite l'élaboration du projet de sortie.

Selon la majorité des auteurs, après la tentative de suicide chez les adultes, l'orientation post urgences est dans 60 % des cas le retour à domicile, dans 40 % l'hospitalisation psychiatrique, et dans moins de 1 % une hospitalisation somatique.

Chez les personnes âgées, on compte 50 % de retours à domicile, 40 % d'hospitalisations psychiatriques et 10 % d'hospitalisations somatiques.

Nos données correspondent à celles de la littérature^(19, 28) : domicile 41,7 %, centre hospitalier spécialisé en psychiatrie 38,8 %, clinique psychiatrique privée 12,5 %, Centre hospitalo-universitaire (CHU) 7 %. (Tableau 7).

L'orientation est décidée et réalisée en lien avec le médecin traitant de la personne, son psychiatre référent ou le centre médicopsychologique (CMP) correspondant. La famille est associée à l'élaboration de la prise en charge chaque fois que cela est possible.

A noter que l'hospitalisation dans une clinique privée est mieux acceptée par les patients. Le choix du Centre hospitalier psychiatrique est souvent dicté par l'absence ou l'éloignement de la famille et/ou par la nécessité de faire une évaluation globale de la personne (évaluation plus gériatrique que psychiatrique dans le groupe 2) et l'élaboration du projet de sortie.

Tableau 7 : Orientation post urgences.

Table 7: Post emergency orientation.

Orientation post-urgence	
Domicile	30
CH spécialisé en psychiatrie	28
Clinique psychiatrique privée	9
CHU	5

Propositions d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées suicidantes aux urgences

Nous avons constaté le travail efficace de l'équipe psychiatrique des urgences dans la prise en charge des personnes âgées suicidantes.

Néanmoins, nous pensons qu'une partie de ce travail, dont le recueil de certains types d'informations, peut être déléguée. Cela permettra de libérer du temps précieux du spécialiste, dont les compétences sont très souvent sollicitées aux urgences.

1. Le comportement autolytique de la personne âgée dépend de nombreux facteurs provenant du sujet lui-même ou de son environnement.

La difficulté dans le service des urgences est le manque de temps et la pression sur les équipes médicales et paramédicales pour orienter le patient le plus vite possible. D'autant plus que le psychiatre n'a pas l'habitude de recueillir ce type d'information chez la population âgée dans un temps très limité.

Il nous semble donc utile de faire un appel systématique à l'équipe mobile gériatrique pour les personnes dépendantes et ayant des antécédents somatiques nombreux, surtout si la question de sortie à domicile est envisagée.

2. Une hospitalisation de la personne âgée après un passage à l'acte suicidaire dans un milieu psychiatrique est envisagée pour des raisons psychiatriques, mais aussi en cas d'absence de projet de sortie adapté à son état.

Un séjour dans un service de psychiatrie adulte aiguë peut être traumatisant pour une personne âgée. L'environnement est souvent instable, il existe de nombreux préjugés, etc....

Si la seule raison de cette orientation est l'impossibilité de retour de la personne à domicile, nous sommes devant une hospitalisation inadaptée, potentiellement délétère et une occupation inappropriée d'un lit psychiatrique.

- Les unités spécifiques de psychiatrie aiguë du sujet âgé peuvent accueillir dans des conditions correctes les personnes âgées suicidantes qui ont besoin d'une courte hospitalisation et qui peuvent regagner leur domicile ou son substitut.

- Les structures type Soins de suite et de réadaptation (SSR) psycho-gériatriques apportent une réponse aux problèmes de sortie des urgences des personnes âgées suicidantes sans projet défini. Ces unités sont spécialisées dans la prise en charge concomitante des troubles psychiatriques, des pathologies somatiques lourdes et de la dépendance, et sont plus à même que le service de psychiatrie adulte de préciser le projet de la personne.

CONCLUSION

Les tentatives de suicide réalisées par les personnes âgées de 75 ans et plus ont des spécificités par rapport à celles des adultes jeunes et des personnes âgées de moins de 75 ans. Leur prise en charge aux urgences doit donc être spécifique. La prévention des récurrences ne peut avoir de succès que si tous les aspects de la personne sont pris en compte dès le service des urgences : l'état psychiatrique, l'état somatique, la dépendance et les conditions de vie.

Les équipes mobiles gériatriques peuvent être un moyen de réaliser cette évaluation.

Pour la prise en charge globale et pour l'élaboration du projet de sortie, l'orientation vers un service de psychiatrie aiguë du sujet âgé ou un service de soins de suite et de réadaptation psycho-gériatrique est plus adaptée aux

personnes âgées que leur placement dans un service de psychiatrie adulte. ■

Liens d'intérêts : les auteurs n'ont déclaré aucun lien d'intérêt concernant cet article.

RÉFÉRENCES

1. **Leger JM, Tessier JF, Mouty MD.** Psychopathologie du vieillissement, assistance aux personnes âgées. Paris : Doin edituers ; Dec 1989.
2. **Griner-Abraham V, Boucher CH.** Suicide de la personne âgée : impact sur la famille et les soignants. *Cours dans le cadre de formation de personnel de santé à la prise en charge des personnes âgées suicidantes* ; 2010.
3. Lycos. (page consultée le 17/05/2015). Gerontologie en institution. La santé mentale et le vieillissement, [en ligne]. <http://membres.lycos.fr/papidoc/24santementale.html>
4. Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Le suicide en France et dans le monde. *INSERM* ; 2010.
5. **Facchin E.** Grand âge et suicide, un sujet encore tabou. *Global Action on Aging*; 2011.
6. **Jalenques I, Gallarda TH, Vaile-Perret E.** Suicide, Psychiatrie de la personne âgée. Sous direction de Clement JP, *Médecine-sciences*. Flammarion, 2010. p. 262-75.
7. **Murphy E, Kapur N, Webb R, Purndare N et al.** Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. *BJP* 2012 ; 200 : 399-404.
8. **Alouba A, Pequignot F, Camelin L, Jouglu E.** Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *BEH* 2011 ; 47-48 ; 497-500.
9. **Terra JL.** Suicide et tentatives de suicide : état de lieu en France. Editorial. *BEH* 2011 ; 47-48 : 487-8.
10. Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Suicide. *INSERM* ; 2015, p107.
11. **Anguis M, Cases C, Surault P, Drees.** L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération. *John Libbey Eurotext*. N°185, août 2002, 1-8.
12. **Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T.** Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *BEH* 2011 ; 47-48 ; 488-92.
13. **Batt A, Campeon A, Leguay D, Lecorps P.** Epidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. *EMC Psychiatrie 2007* : 1-24.
14. **Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED.** Risk factors for suicide in later life", *Biological Psychiatry* 2002 ; 52 :193-204.
15. **Druet L.** Thèse de médecine. Université Rennes 1, 1998, p143.
16. **Richard J, Bovier PH.** *La psychiatrie gériatrique*, Presses Universitaires de France, 2000, p128.
17. **Dumel F.** Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ? *Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie*; 2000. [Esculaperpro.com](http://Esculaperpro.fr)
18. **Debout M.** *La France de suicide*, Editions Stock, 2002, p305.
19. **FNOR.** Les suicides. *La santé observée dans les régions de France* ; 2000.
20. **Oude Voshaar RC, Cooper J, Murphy E, et al.** First Episode of Self-Harm in Older Age: A Report from the 10-year prospective manchester self-harm project. *J Clin Psychiatry* 2011 ; 72 : 6.
21. **Hawton K, Harris L.** Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006 ; 21 : 572-81.
22. **Dennis M, Wakefield P, Molloy C, et al.** Self-harm in older people with depression. *BJP* 2005 ; 186 : 538-9.
23. **Casadebaig F, Ruffin D, Philippe A.** Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie* 2005 ; 115 : 218 -23.
24. **Saliou G.** Suicide des personnes âgées en EHPAD : facteurs de risque et prévention. Mémoire pour validation du DIU de formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD. 2008-2009. Université René Descartes. Paris V. p33.
25. **Heisel MJ, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD.** Screening for suicide ideation among older primary care patients », *J Am Board Fam Med* 2010 ; 23 : 260-9.
26. **Shah A.** Attempted suicide in elderly in England: age-associated rates, time trends and methods. *Int Psychogeriatr* 2009 ; 21 : 889-95.
27. **Dennis MS, Owens DW.** Self-harm in older people: a clear need for specialist assessment and care, *BJP* 2012 ; 200 : 356-8.
28. **Chan-Chee CH, Jezewski-Serra D.** Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004-2007 en France métropolitaine. Analyse PMSI-MCO. *BEH* 2011 ; 47-48 : 492-6.
29. Le rapport du CNBD : Prévention du suicide chez les personnes âgées. 08.10.2013 p1-74
30. **Crandall M, Luchette F, Esposito, et al.** Attempted suicide and elderly trauma patient: risk factors and outcomes. *J Trauma* 2007 ; 62 : 1021-8.
31. **Chaput Y, Beaulieu L, Paradis M, Labonte E.** The elderly in the psychiatric emergency service; a descriptive study. *BMC Psychiatry* 2011 ; 11 : 111.