

Une des trois principales causes de décès

Le patient suicidaire âgé aux Urgences

Dans la population âgée, le suicide représente l'une des trois principales causes de décès avec le cancer et les maladies cardiovasculaires. La létalité d'un geste suicidaire y est plus de deux fois plus élevée que dans d'autres tranches de vie (1). Le taux de mortalité par suicide en France en 2009 était ainsi inférieur à 40/100 000 pour les individus âgés de ≤ 35 ans, autour de 40/100 000 jusqu'à l'âge de 65 ans, mais de 80/100 000 à 75 ans et 160/100 000 à ≥ 85 ans (2). Alors que l'on observe une réduction du taux de suicides à d'autres âges de la vie, celui de l'âgé ne se modifie pas significativement (2).

Toutefois, malgré sa relevance, ce sujet reste relativement peu abordé en littérature et méconnu du clinicien. Les hypothèses invoquées pour essayer d'expliquer cette lacune ont notamment été attribuées aux particularités de la suicidalité à l'âge avancé. Cela n'est pas cependant le seul argument. S. de Beauvoir écrivait ainsi sur le sentiment de résignation ou d'impuissance d'un regard extérieur envers ce qui peut être considéré comme un aboutissement inexorable à proximité de la fin de la vie: « Certains suicides de vieillards succèdent à des états de dépression névrotique qu'on n'a pas réussi à guérir ; mais la plupart sont des réactions normales à une situation irréversible, désespérée, vécue comme intolérable » (La Vieillesse. Gallimard, Paris, 1970, p. 440). Un des lieux emblématiques de la problématique du suicide à l'âge avancé est représenté par les Urgences somatiques et psychiatriques, où les personnes âgées traversant une crise suicidaire ont souvent leur premier contact avec les soins.

Quelques données

Le ratio tentatives de suicide/suicides, de l'ordre de 200/1 avant 25 ans, est estimé à 4/1 après 65 ans et à 1/1 après 85 ans. La majorité des suicides aboutis concernent les hommes, qui mettent fin à leur vie 7 fois plus que les femmes dans la tranche d'âge 85-94 ans. Comme dans d'autres tranches d'âge, ceux-ci ont davantage recours à des moyens violents (pendaison, arme à feu). Chez les deux sexes, les intoxications médicamenteuses volontaires sont moins fréquentes que chez les sujets jeunes, mais leur létalité est augmentée en fonction de l'âge du sujet et de ses comorbidités. Le suicide survient au domicile dans deux tiers des cas, notamment pour les hommes très âgés alors que les femmes de moins de 75 ans passent souvent à l'acte en maison de retraite (1,2). Sur la base d'une vaste base de données provenant de plus de 950 services d'Urgences aux Etats-Unis (le Nationwide Emergency Department Sample - NEDS), le taux de patients âgés ≥ 65 ans admis pour des lésions liées à une tentative de suicide en 2006 était de 63/100 000. Environ 46% de cette population étaient constitué d'individus âgés ≥ 75 ans, 12% d'individus âgés ≥ 85 ans, alors que 53% étaient des femmes; ces chiffres viennent appuyer les données faisant état d'une proportion majeure de suicides réussis par rapport aux tentatives de suicide chez l'âgé, qui reste par ailleurs inférieure chez les femmes par rapport aux hommes (3).



Dr Alessandra Costanza

Genève

A propos des facteurs de risque

Les facteurs de risque associés à la suicidalité chez l'âgé sont généralement catégorisés en facteurs psychiatriques, physiques et sociaux. La dépression – en particulier le trouble dépressif majeur – est le principal facteur de risque, ce qui est particulièrement significatif considérant son sous-diagnostic chez l'âgé où elle se traduit fréquemment par des formes atypiques (masquée à forme somatique, hostile, avec « pseudo-déficits » cognitifs...). En second lieu et parmi les facteurs psychiatriques, la dépendance alcoolique seule ou associée à la dépression augmente la capacité de passer à l'acte suicidaire notamment chez les hommes. Toutefois, dans environ 20% des cas de suicides et tentatives de suicide, il n'y a aucun diagnostic psychiatrique. Les affections somatiques chroniques, douloureuses et/ou invalidantes avec installation d'une dépendance physique, fréquentes chez l'âgé, prédisposent à la suicidalité. Elles s'associent souvent à la perte d'espoir, lui-même facteur de risque majeur. Le déclin cognitif a été également associé au suicide, en particulier lorsqu'il concerne les fonctions frontales dont un des rôles est de gérer les événements stressants. Plus de la moitié des suicides sont commis par des sujets âgés vivant seuls, veufs (notamment les hommes) et isolés vis-à-vis d'un possible forme de soutien social. Ces conditions ont été regroupées sous le concept de manque ou perte de « social connectedness » (1,4). La présence d'un soutien filial et l'intégration au sein d'une communauté ressortent, à l'inverse, parmi les facteurs protecteurs les plus significatifs (5).

La suicidalité chez l'âgé et la Théorie interpersonnelle du suicide (TIS)

La Théorie interpersonnelle du suicide (TIS) (6) postule que, au moment précis d'être confronté au suicide, une personne va s'engager dans un comportement suicidaire si elle possède à la fois le désir de mourir et la capacité d'agir sur ce désir. Chez l'âgé, on retrouve fréquemment les deux vécus à partir desquels le désir de mourir se forme: un échec du sentiment d'appartenance (thwarted belongingness) et la perception d'être un fardeau pour les autres (perceived burdensomeness). En particulier, les personnes âgées qui attribuent leur tentative de suicide à un échec du sentiment d'appartenance utilisent des moyens plus létaux et ont un pronostic plus sévère (7). Dans cette population, ce sentiment peut

s'associer au manque d'attribution d'un sens pour l'ensemble de l'existence passée et à une lutte pour le trouver (8). La dimension du temps écoulé introduit en effet le concept de trajectoire de vie, autour duquel les facteurs neurobiologiques, les caractéristiques de personnalité, le contexte culturel et les événements douloureux de chaque personne âgée se sont organisés (4). Le type de trajectoire de vie pourrait fournir des informations sur la capacité de passer à l'acte (acquired capability for suicide), qui, selon la TIS, s'acquiert à travers une exposition répétée à des expériences et des événements de vie douloureux et stressants, naît d'une diminution de la peur et d'une plus grande tolérance face à la douleur puis, dans son stade extrême, face à la mort (6).

Urgences et «urgence» vers la fin de vie: une prise en soins

Les Urgences représentent un lieu de soins privilégié pour repérer la suicidalité chez l'âgé, mais également pour la prise en soins et la prévention de ce phénomène chez ceux ayant commis un geste non léthal. Elles accueillent rarement un patient n'ayant «que» des idées suicidaires: le plus souvent il s'agit d'un patient qui a déjà commis une tentative, survenue apparemment «à ciel serein» ou sans antécédents psychiatriques décelables. Les enjeux avec ce genre de patients sont représentés par la prise en charge des lésions physiques, l'établissement d'un premier contact ainsi que l'ébauche d'une compréhension. L'approche clinique, surtout pour les personnes appartenant à cette tranche d'âge et à ce moment particulier de leur existence, est faite de gestes «somatiques» et «psychiatriques» de manière indissociable. Il est aussi fréquent que les Urgences accueillent des patients pour lesquels une intention suicidaire n'est pas suspectée dans un premier temps: des patients négligeant leurs besoins alimentaires, intoxiqués par une prise de médicaments semblant involontaire et aggravée par les comorbidités somatiques, présentant une atteinte cognitive qui semble être la seule responsable de l'inattention auprès des conduites potentiellement dangereuses, etc. Pour ces cas, qui contribuent significativement à la sous-estimation du problème, l'évaluation effectuée aux Urgences est la seule à pouvoir déceler une intention suicidaire derrière et, ainsi, à pouvoir recentrer la suite des soins (3,9). Les Urgences peuvent également jouer un rôle dans les phases précédant immédiatement le passage à l'acte. Favorisées par l'anonymat et la croyance de pouvoir garder une marge de liberté vis-à-vis de leur propre choix, un certain nombre de personnes âgées utilisent la ligne téléphonique des Urgences. Il semble, dans ce contexte, qu'une focalisation explicite sur les seuls facteurs de risque - au détriment d'une confrontation sur la perception des enjeux de fin de vie, l'ambivalence autour du désir de mourir et la capacité d'un changement rapide - pourrait entraver une compréhension plus profonde de la crise suicidaire (10). Les Urgences, le lieu de ce qui ne peut pas être différé, se situent finalement au centre de la rencontre clinique et humaine des personnes âgées qui, confrontées à la possibilité de voir la fin de leur vie s'approcher, expérimentent une douleur morale non réparable. La prise en soins de ces personnes - avant ou après un passage à l'acte - se crée autour d'une relation thérapeutique ayant comme but de donner un sens individuel à l'urgence de leurs jours et, ainsi, une alternative au suicide vécu comme seule possibilité.

Dr Alessandra Costanza¹

Marc Baertschi²

Dr Kerstin Weber²

Pr Alessandra Canuto²

Pr François Sarasin³

¹ Département de médecine communautaire de premier recours et des urgences, Département de santé mentale et de psychiatrie, Unité d'accueil et d'urgences psychiatriques (UAUP)

² Département de santé mentale et de psychiatrie, Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise (SPLIC)

³ Département de médecine communautaire de premier recours et des urgences, Service des urgences adultes (SU)

Hôpitaux Universitaires de Genève

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 2, 1205 Genève 4

alessandra.costanza@hcuge.ch

marc.baertschi@hcuge.ch

kerstin.weber@hcuge.ch

alessandra.canuto@hcuge.ch

francois.sarasin@hcuge.ch

✚ Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Références:

- Chan J et al. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:720-32
- <http://cepidc.vesinet.inserm.fr/>
- Carter MW et al. ED use by older adults attempting suicide. *Am J Emerg Med* 2014;32:535-40
- Conwell Y et al. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am* 2011;34(2):451-68
- Dong X et al. Suicide in the global chinese aging population: a review of risk and protective factors, consequences, and interventions. *Aging Dis* 2015;6(2):121-30
- Joiner TE (2005). Harvard University Press, Cambridge, 2005
- Van Orden KA et al. Reasons for attempted suicide in later life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;23(5):536-44
- Holm AL et al. Going around in a Circle: A Norwegian Study of Suicidal Experiences in Old Age. *Nurs Res Pract* 2014;734635
- Betz ME et al. Unexpected suicidality in an older individual in an emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(6):1044-5
- Deuter K et al. The emergency telephone conversation in the context of the older person in suicidal crisis: a qualitative study. *Crisis* 2013;34(4):262-72

Messages à retenir

- ◆ La reconnaissance de la crise suicidaire chez l'âgé est plus complexe et difficile que celle dans d'autres tranches de vie tandis que le risque léthal est plus élevé.
- Les Urgences sont un lieu privilégié pour la prise en charge, la compréhension et la prévention de cette problématique : d'une part parce qu'elles constituent le plus souvent le premier contact avec les soins que ces patients - dont la suicidalité n'avait pas été repérée auparavant - peuvent avoir ; d'autre part parce qu'elles offrent une approche psychiatrique et somatique intégrée.
- La prise en charge somatique s'articule à plusieurs niveaux : les soins des lésions pouvant être présentes suite à une tentative de suicide, le dépistage des équivalents suicidaires, l'introduction à un rapprochement psychiatrique.
- La prise en charge psychiatrique se fonde sur la création d'une relation thérapeutique ayant comme but de permettre au patient d'inscrire le sens de son intention suicidaire au sein de son histoire et, ainsi, arriver à explorer ses propres moyens pour y faire face.