

Équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé et risque suicidaire en Ehpad. Un cas clinique

Lisa Poupard^{1,3}
Benjamin Bami^{1,3}
Cécile Hanon^{2,3}

¹ Internes

² Praticien hospitalier

³ Service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, EMPSA 92 Sud, AP-HP Centre, Hôpital Corentin-Celton, Issy-les-Moulineaux, France

Rubrique dirigée
par Martin Rea

Résumé. La dépression est fréquente chez le sujet âgé et le risque suicidaire majeur chez une population qui a davantage recours à des modes de suicide à forte létalité. L'évaluation et la gestion du risque suicidaire peuvent s'avérer particulièrement délicats pour des équipes qui n'y sont pas formées, comme celles des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ce cas illustre comment les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) peuvent intervenir afin d'offrir une alternative à l'hospitalisation tout en proposant un accompagnement des équipes soignantes et une prise en charge personnalisée.

Mots-clés : risque suicidaire, personne âgée, établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (Ehpad), équipe mobile, psychogériatrie, cas clinique

Abstract. Mobile psychiatric team for older people and suicidal risk in Ehpad. A clinical case. Depression is common among older people, and the risk of suicide is high in a population that is more likely to resort to high lethality suicide methods. The assessment and management of suicidal risk can be particularly difficult for teams that are not trained in this area, such as those in residential facilities for dependent older people (Ehpad). This case illustrates how the mobile psychiatric teams for older people (EMPSA) can intervene to offer an alternative to hospitalization while providing support to the care teams and personalized care.

Keywords: suicidal risk, older person, nursing home, mobile team, psychogeriatrics, clinical case

Resumen. Equipo móvil de psiquiatría de la tercera edad y riesgo suicida en Ehpad. Un caso clínico. La depresión es frecuente en las personas mayores y el riesgo de suicidio es elevado en una población que recurre más a métodos suicidas altamente letales. La evaluación y la gestión del riesgo de suicidio pueden ser especialmente delicadas para los equipos sin formación, como los que trabajan en instituciones para personas mayores dependientes (Ehpad). Este caso ilustra cómo los equipos psiquiátricos móviles para personas mayores (EMPSA) pueden intervenir para ofrecer una alternativa a la hospitalización, proporcionando al mismo tiempo apoyo a los equipos asistenciales y una atención personalizada.

Palabras claves: riesgo suicida, persona mayor, establecimiento residencial para personas mayores dependientes (Ehpad), equipo móvil, psicogeriatría, caso clínico

Introduction

Selon l'OMS, on estime que la dépression touche 3,8 % de la population mondiale. Cette proportion monte à 5,7 % chez les personnes âgées de plus de 60 ans [1]. Les étiologies de ces dépressions sont nombreuses et varient par rapport à l'individu d'âge moyen. Par exemple, des facteurs favorisant l'émergence de troubles dépressifs sont la perte d'un être cher, des interactions sociales moindres, des conditions physiques de moins bonne qualité, des pathologies

chroniques plus invalidantes... La population âgée est aussi celle qui est la plus exposée au risque de suicide en raison, en partie, du recours à des modes de suicide à forte létalité [2]. D'autres hypothèses ont également été avancées pour justifier une proportion de suicide abouti plus importante dans cette population : une plus grande fragilité physique diminuant les chances de survie après un passage à l'acte auto-agressif, un isolement social plus important limitant la chance d'être secouru à temps par un tiers, la présence régulière de médicaments psychotropes au fort pouvoir létal en cas d'ingestion médicamenteuse volontaire [3].

Les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) apportent une réponse efficace et opérante pour faire face à une demande de soins croissante pour les populations âgées, vulnérables, moins autonomes

Correspondance : C. Hanon
<cecile.hanon@aphp.fr>

et de fait, peu mobiles. Des équipes de psychiatres, d'infirmiers, ou de psychologues proposent de se déplacer auprès des patients, dans leur environnement immédiat. Les missions des EMPSA sont multiples : elles favorisent l'accès et la continuité des soins, débutent parfois des prises en charges ambulatoires et peuvent proposer des alternatives aux hospitalisations. Les EMPSA assurent une évaluation diagnostique, thérapeutique et une orientation vers des soins adaptés [4].

Le cas clinique suivant fait état de la prise en charge proposée par une EMPSA sur sollicitation du médecin coordinateur de l'Ehpad où réside une patiente présentant des idées suicidaires.

Cas clinique

Madame B âgée de 94 ans, réside en Ehpad depuis septembre 2022. Elle y a rejoint son époux qui y résidait depuis plusieurs années déjà pour des troubles neurocognitifs. De fait, ils ne sont pas dans la même chambre ni au même étage. Ils ont trois enfants : deux filles à Toulouse et un fils en région parisienne. Elle n'est pas sous mesure de protection juridique. Madame B n'a pas d'antécédent psychiatrique ni de trouble cognitif. Une évaluation neuropsychologique de base retrouvait un score de 29/30 au MMSE¹, réalisé à son entrée en septembre 2022.

Dans ses antécédents médicaux, on note une dyslipidémie actuellement traitée par atorvastatine 10 mg/j, une hypertension artérielle stabilisée par irbésartan 75 mg/j et lercanidipine 10 mg/j. Elle est également traitée par apixaban 5 mg/j suite à une embolie pulmonaire bilatérale dans un contexte de phlébite. Elle présente une baisse de l'acuité visuelle s'inscrivant dans le cadre d'une rétinopathie hypertensive non suivie. Son traitement comprend également de la miansérine à 10 mg/j instaurée pour une symptomatologie anxio-dépressive en septembre 2022 et de la lamotrigine 100 mg/j introduit en février 2020 pour la prise en charge de migraines avec aura.

L'histoire de sa maladie retrace qu'elle est entrée en septembre 2022 au sein de l'Ehpad après une hospitalisation pour un syndrome confusionnel attribué à une encéphalopathie hypertensive (hypertension artérielle à 172/102 mmHg à son admission et stigmates au fond d'œil).

De cette admission en Ehpad, la patiente nous dit d'emblée qu'elle avait toujours refusé l'idée de rejoindre son mari en institution. Elle relate que le départ de son domicile a été vécu comme un traumatisme important.

Notre équipe mobile est sollicitée par le médecin coordinateur en novembre 2022, soit 2 mois après son

admission, pour « idées suicidaires scénarisées par pendaison ou défenestration ».

Lors de notre première visite, la patiente nous accueille volontiers dans sa chambre, elle est calme, de bon contact, la présentation est soignée et elle ne présente pas de ralentissement psychomoteur. Son discours est cohérent, organisé et informatif. L'humeur est basse depuis plusieurs mois en lien avec son institutionnalisation et l'aggravation des troubles de la vision qui lui rendent la lecture impossible. Elle verbalise des idées suicidaires de façon quotidienne, dont l'intentionnalité est importante du fait d'une recherche de moyens létaux, pour autant, elle n'évoque pas de modalité précise scénarisée : « Je cherche partout, mais ici il n'y a rien ».

Les projections dans l'avenir sont précaires mais possibles : « Mardi prochain, je dois aller au marché acheter de la viande pour mon mari et je regrette de ne pas pouvoir me rendre à la soirée de Noël qui se prépare car le bus passe trop loin ». L'anhédonie et l'aboulie demeurent partielles. On ne retrouve pas d'élément de culpabilité, ni d'élément de dévalorisation mais elle rapporte un sentiment d'ennui et d'inutilité. Elle évoque des craintes autour de sa perte d'autonomie : « Je n'ai pas envie de finir comme eux... » nous dit-elle en montrant les résidents qui l'entourent.

Sur le plan fonctionnel, on note une diminution de l'appétit sans perte de poids objectivée. Le sommeil est préservé. L'intimité avec son mari est distendue, celui-ci présentant des troubles neurocognitifs évolués. Ils déjeunent à la même table le midi, mais leur interaction est limitée à quelques moments d'animation en commun.

La présence de ses enfants représente un facteur protecteur important, mais c'est le seul.

À l'issue de cette première rencontre, et devant l'intensité des propos suicidaires et du risque de passage à l'acte difficile à prévenir, nous lui proposons une hospitalisation en service de psychiatrie. Elle refuse et nous n'avons pas d'arguments suffisants pour mettre en place une mesure de contrainte : en effet, nous statuons qu'elle est en capacité de donner son consentement, que l'environnement dans lequel elle évolue la rassure, que des mesures de sécurisation de sa chambre ont pu être prises, et enfin, qu'elle est en demande d'aide et qu'elle accepte le plan de soins que nous lui proposons en ambulatoire.

Nos préconisations de prise en charge se déclinent en deux axes.

Des mesures environnementales et de soutien

Nous avons tout d'abord proposé à Madame B de garder le lien en effectuant des téléconsultations très rapprochées pour prendre de ses nouvelles. Cela a permis l'installation d'une alliance thérapeutique rapide et d'une revalorisation narcissique efficiente.

¹ Le MMSE est considéré comme non pathologique jusque 24/30.

Ensuite, nous avons pu échanger avec une partie de l'équipe soignante (médecin coordonnateur de l'Ehpad, infirmière coordonnatrice, psychologue, infirmière et aide-soignante référentes) sur les idées suicidaires présentées mais non scénarisées nécessitant un maintien de la sécurisation de l'environnement (condamnation de sa fenêtre de chambre) et une vigilance sur l'observance thérapeutique. Nous avons recommandé un suivi clinique rapproché avec un transfert dans le service des urgences en cas de majoration des velléités suicidaires.

Par ailleurs, nous avons interpellé l'équipe sur les sentiments d'inutilité et de perte d'autonomie rapportés par la patiente. De ce fait, ils ont instauré la distribution de la gazette hebdomadaire de la résidence par Madame B aux résidents les plus autonomes. Cela a permis un regain d'estime d'elle-même en plus d'une diminution de son sentiment d'exclusion et d'isolement social. Les soignants ont mis également en place un accompagnement à l'extérieur pour qu'elle puisse se rendre au marché communal où elle avait ses habitudes depuis plusieurs années. Aussi, ils ont organisé l'accompagnement de Madame B au repas de fin d'année organisé par la municipalité. Ces deux actions ont permis la restauration de repères, d'habitudes et ont diminué le sentiment de perte d'autonomie. Par ailleurs, nous avons sollicité l'équipe soignante pour qu'ils soutiennent et renforcent positivement Madame B dans ses activités hédoniques : groupes thérapeutiques, atelier de psychomotricité, sorties accompagnées...

Ces mesures ont contribué au renforcement du lien avec l'équipe soignante et au maintien de ses activités. En effet, la patiente nous a relaté avec plaisir la rencontre avec deux résidents de niveau cognitif égal au sien lors du dernier groupe de parole auquel elle avait participé.

Des mesures pharmacologiques

Nous avons préconisé une majoration de la miansérine à 30 mg avec une surveillance régulière de l'ECG et du bilan biologique (NFS, ionogramme, bilan hépatique, bilan rénal).

L'évolution clinique a été rapidement favorable en 2 semaines. Les deux téléconsultations et la visite conjointe du médecin psychiatre et de l'infirmière de notre équipe ont confirmé l'amélioration thymique progressive et la mise à distance des idées suicidaires.

Discussion

Nous rapportons cette prise en charge car elle nous semble paradigmatique de la mission des équipes mobiles. De façon générale, une patiente qui présente des idées suicidaires nécessite une hospitalisation, qui plus est lorsqu'elle est âgée et qu'elle réside en Ehpad, lieu de vie non médicalisé.

La situation de Madame B nous a permis de penser une alternative thérapeutique. Son refus d'être transférée et changée de lieu vers un établissement de soins nous a semblé understandable, et nous avons alors adapté notre prise en charge, à elle, et aussi à l'équipe soignante. Équipe soignante qui, par défaut de formation et de moyens humains, pouvait montrer une inquiétude, voire une réticence, à accompagner ce type de souffrance.

Un échange pluridisciplinaire entre l'EMPSA et l'équipe soignante de l'Ehpad a permis de transmettre des informations cliniques et de préciser le risque suicidaire et les moyens d'y faire face. Ainsi soutenu et mis en confiance, le personnel de l'Ehpad a pu déployer des moyens adaptés et personnalisés pour accompagner Madame B dans la singularité de sa souffrance.

À l'image de la mobilisation de l'équipe soignante de l'Ehpad, la mise en place de téléconsultations pour la patiente par l'EMPSA a permis une disponibilité, une permanence de présence et une accessibilité des soins rassurants pour la patiente.

L'alliance thérapeutique s'en est trouvée renforcée avec chaque équipe de soins et a permis à la patiente, en miroir, de se mobiliser elle-même pour faire face à ses difficultés et retrouver une place active dans sa prise en charge.

Par ailleurs, l'intervention de l'Emspa au sein du lieu de vie de la patiente a permis de proposer une alternative à une hospitalisation en service de psychiatrie. On sait qu'une hospitalisation pour une personne âgée de 94 ans comporte un risque iatrogène important (risque de chute, de sédation, de désadaptation à l'effort...), dès lors, la proposition de rester « chez elle » en bénéficiant de soins intensifs mobiles a permis à Madame B de garder son autonomie, de prendre des décisions et d'être ainsi active dans ses soins.

Sachant que dans l'histoire de Madame B, les répétitions de changements, de ruptures ont été source de trouble de l'adaptation, notre prise en charge s'est inscrite par conséquent dans un souci de continuité.

Conclusion

Les soins en mobilité auprès des personnes âgées résidant en Ehpad et présentant des problématiques psychiques soutiennent des interventions personnalisées et respectueuses de l'autonomie. La situation de Madame B souligne de nouveau l'importance des mesures environnementales dans le cas de symptômes anxio-dépressifs chez la personne âgée. L'alternance de visites à domicile et de téléconsultations ont rendu possible le maintien sur son lieu de vie, le maintien de repères et d'habitus, et la restauration d'un lien social et soignant, associé à un ajustement pharmacologique bien suivi.

Remerciements

Les auteurs remercient Fatiha Chakir, Magali Gil, Pierre Lavaud, Emmanuel Leleu, Rachel Pascal de Raykeer et Alain Tessier pour leur collaboration au sein de l'EMPSA 92 Sud.

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. *Global Health Data Exchange (GHDx)*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b> (consulté le 13/02/2023).
2. Lavaud P, Hanon C, Pace M, Guerin Langlois C, Hoertel N, Limosin F. Conduites suicidaires chez le sujet âgé, *EMC Psychiatrie* 2022 ; 35-500-A-80.
3. De Leo D, Giannotti AV. Suicide in late life: A viewpoint. *Prev Med* 2021 ; 152(Pt1) : 106735.
4. Pace M, Hanon, C. (2022). Équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé : la mobilité au service de la fragilité. *Perspectives Psy* 2022 ; 61 : 234-239.